ಉಪನ್ಯಾಸ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆ

೮೮

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ

ಡಾ|| ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್, ಎಂ. ಡಿ,
ಎಫ್.ಸಿ.ಸಿ.ಪಿ. (ಯು.ಎಸ್.ಎ.)



ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ

ಧಾರವಾಡ

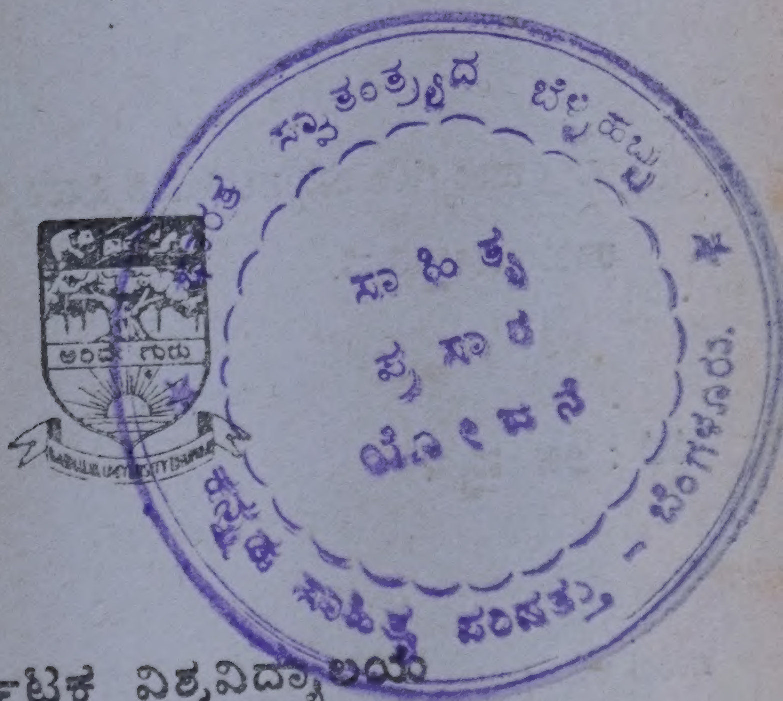
ಸಪ್ಟಂಬರ ೧೯೬೯

ಉಪನ್ಯಾಸ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆ

೮೮

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ

ಡಾ|| ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್, ಎಂ. ಡಿ,
ಎಫ್.ಸಿ.ಸಿ.ಪಿ. (ಯು.ಎಸ್.ಎ.)



ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ

ಧಾರವಾಡ

ಸಪ್ಟೆಂಬರ ೧೯೬೯

ಪ್ರಕಾಶಕರು :
ಎಸ್. ಎಸ್. ಒಡೆಯರ, ಎಂ.ಎ., ಎಲ್ ಎಲ್. ಬಿ.
ರಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್,
ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಧಾರವಾಡ.

ಪ್ರಥಮ ಮುದ್ರಣ : ಸಪ್ಟಂಬರ ೧೯೬೯ – ೫೦೦೦ ಪ್ರತಿಗಳು

ಬೆಲೆ : ೨೫ ಪೈಸೆ

ಮುದ್ರಕರು :
ಚ. ತಿ. ತಡಕೋಡ
ಶ್ರೀ ಶಾರದಾ ಪ್ರಿಂಟಿಂಗ ಪ್ರೆಸ್,
ಧಾರವಾಡ–೧

ಮುನ್ನುಡಿ

ನಮ್ಮ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ವ್ಯಾಸಂಗ ವಿಸ್ತರಣ ವಿಭಾಗವು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಏರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಉಪನ್ಯಾಸ ಶಿಬಿರಗಳು ದಿನೇ ದಿನೇ ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತ ಸಾಗಿರುವುದು ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಸಂತೋಷದ ಸಂಗತಿ. ಈ ಜ್ಞಾನಪ್ರಸಾರದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ವಿಶ್ವ ವಿದ್ಯಾಲಯದ ಹಾಗೂ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಅಧ್ಯಾಪಕರಿಗೆ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಯೊಡನೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಪರ್ಕವೊದಗುವದಲ್ಲದೆ ಎಂಥ ವಿಷಯವನ್ನಾದರೂ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿ ಹೇಳುವ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಸುಲಭವಾದ ಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಬರೆವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿಳಿಸುವ ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಮನಮುಟ್ಟಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಶ್ಲಾಘನೀಯ.

ಈ ಮಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೆ ಎಂಬತ್ತೇಳು ಗ್ರಂಥಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ. ಅಚ್ಚಾಗಿ ಹೊರಬಂದೊಡನೆ ಅವುಗಳ ಸಾವಿರಾರು ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಜನರು ಕೊಂಡು ಓದುತ್ತಾರೆ. ಅನೇಕ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಮೂರು-ನಾಲ್ಕು ಮುದ್ರಣಗಳನ್ನೂ ಕಂಡಿರುವುದು ಈ ಮಾಲೆಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನೂ ಜನಪ್ರಿಯತೆಯನ್ನೂ ವ್ಯಕ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ನಾಡಿನ ಪ್ರಗತಿಯ ಚಿಹ್ನೆಯೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಧನಸಹಾಯ ಆಯೋಗದವರು ಉಪನ್ಯಾಸ ಶಿಬಿರಗಳಿಗೂ, ಈ ಪುಸ್ತಿಕೆಗಳ ಪ್ರಕಟನೆಗೂ ನೆರವು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು ಅವರಿಗೆ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯವು ತನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಈ ಸೇವೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆ ನಾಡಿನ ಸರ್ವತೋಮುಖವಾದ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪಾಲುಗೊಳ್ಳಲೆಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ.

ಎ. ಎಸ್. ಅಡಕೆ

ಧಾರವಾಡ ಕುಲಪತಿ

೧-೯-೧೯೬೯ ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ

ಅರಿಕೆ

ಕ್ಷಯರೋಗ ಬಹು ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ತನ್ನ ರೋಗೋತ್ಪಾದಕ ಶಕ್ತಿಯ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಜನರನ್ನು ಒಳಗಾಗಿಸಿದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ತುಂತುರು ಕಣಗಳ ಮೂಲಕ ಹರಡಿ ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವಾದರೂ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಲಿಬಿದ್ದು ತನ್ನ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ, ಬೆವರು, ತೂಕದ ಇಳುವರಿ, ರಕ್ತಕಫ, ದೈಹಿಕ ಕೃಶತೆಯ ಮೂಲಕ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ನಿಮಿತ್ತ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಲ್ಲದೆ, ಕಫ, ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ.

ದಿನೇ ದಿನೇ ದೇಹ ಇಳಿದು ಹೋಗುವ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಭಯಾನಕ ಕಲ್ಪನೆಯಿದೆ. ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ವರುಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕೆ ಔಷಧಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ರೋಗಿಯು ಹಿತಕರ ಹವೆಯ ಎತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿದ್ದುಕೊಂಡು ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿದ್ದಿತು. ಇಂದು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ಫಲ

ವಾಗಿ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಮನೆಯಲ್ಲುಳಿದು, ಸುತ್ತಣ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕಾಲಕಳೆಯುತ್ತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು ದೂರಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲವನಾಗಿದ್ದಾನೆ. ಇದು ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿವಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೂರ್ವ ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.

ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೋಗಿ ಒಳಪಡಬೇಕಾದುದರಿಂದ ಈ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ತುಂಬಾ ಅವಶ್ಯಕವಾದುದು. ಜನತೆಯ ಜೀವನಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಿದಂತೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. ಚುಚ್ಚು ಲಸಿಕೆಯಿಂದ ಆ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಚುರುಕಾದ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತಡಮಾಡದೆ ಕೈಕೊಂಡರೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಾಧನೆಯ ಫಲವಾಗಿ, ಭಯಾನಕವೂ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದಂತಹದೂ ಆದ ರೋಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇದ್ದ ಭೀತಿ ದೂರವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶಯ ಇಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಹರಡಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಹೆಚ್ಚುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯದ

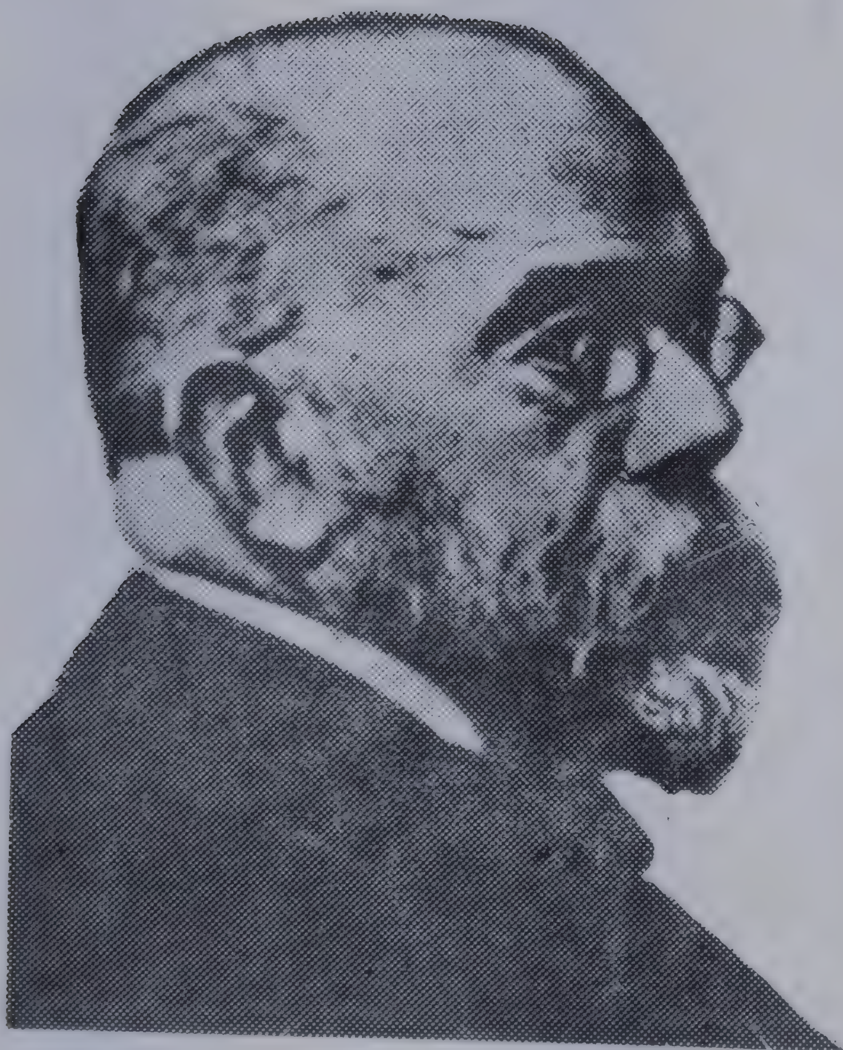
ಸಹಭಾಗಿಗಳಾದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆನ್ನುವ ಕುತೂಹಲ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ವ್ಯಾಸಂಗ ವಿಸ್ತರಣ ಶಾಖೆಯ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ ಶಹಪುರದಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ ೧೨೮ ನೆಯ ಉಪನ್ಯಾಸ ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ 'ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ'ದ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಮಾಡಿದ ಉಪನ್ಯಾಸ ಇದೀಗ ಪುಸ್ತಕ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣರಾದ, ಈ ಶಾಖೆಯ ನಿರ್ದೇಶಕ ಶ್ರೀ ಚೆನ್ನವೀರ ಕಣವಿಯವರಿಗೆ ನಾನು ಕೃತಜ್ಞನಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಅನುಮತಿಯನ್ನಿತ್ತ ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಾಲ್ ಡಾ. ಕೆ. ಜಿ. ಹೆಬ್ಳೀಕರ್ ಅವರಿಗೂ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ಪ್ರಕಾಶಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಶ್ವ ವಿದ್ಯಾಲಯದ ರಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಶ್ರೀ ಎಸ್, ಎಸ್. ಒಡೆಯರ್ ಅವರಿಗೂ ನನ್ನ ನೆನಕೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

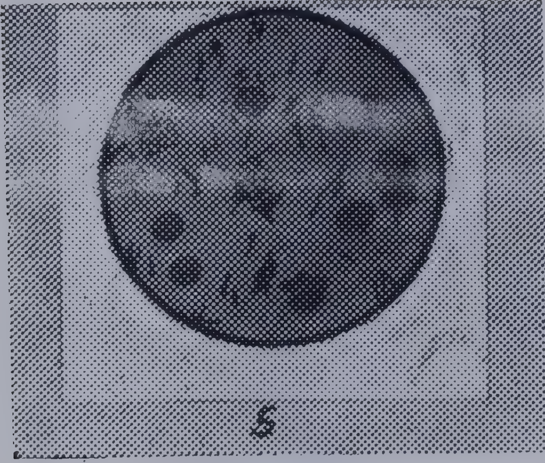
ಡಿಪಾರ್ಟಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್,
ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು, ಗುಲಬರ್ಗಾ
ಜುಲೈ ೨೪, ೧೯೬೯

ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ್

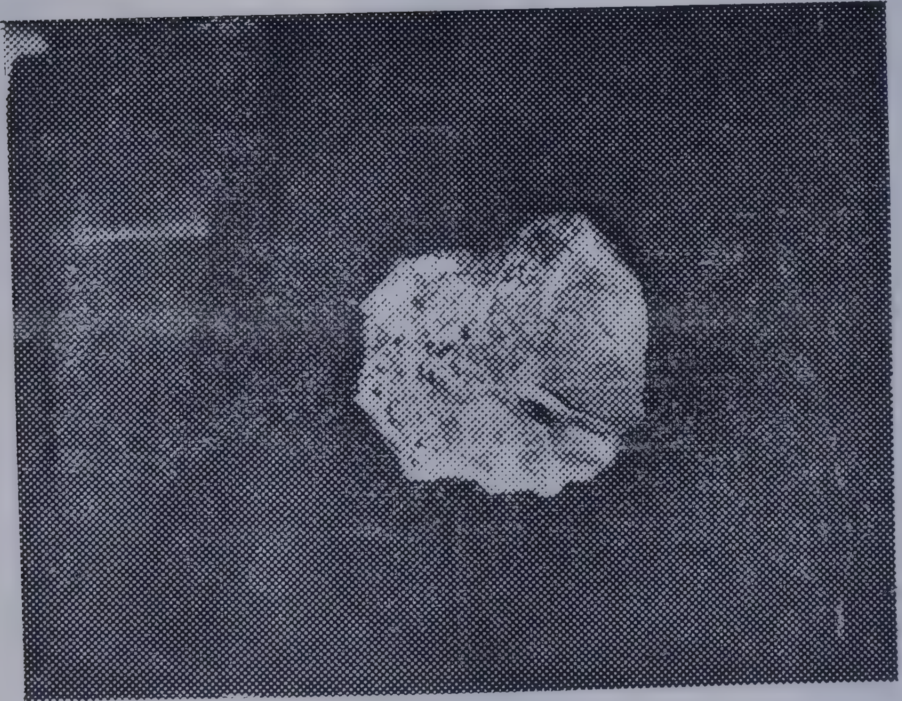
ಅನುಕ್ರಮಣಿಕೆ



ಚಿತ್ರ. ೧. ರಾಬರ್ಟ ಕಾಕ್



ಚಿತ್ರ ೧. ಕ್ಷಯಾಣು

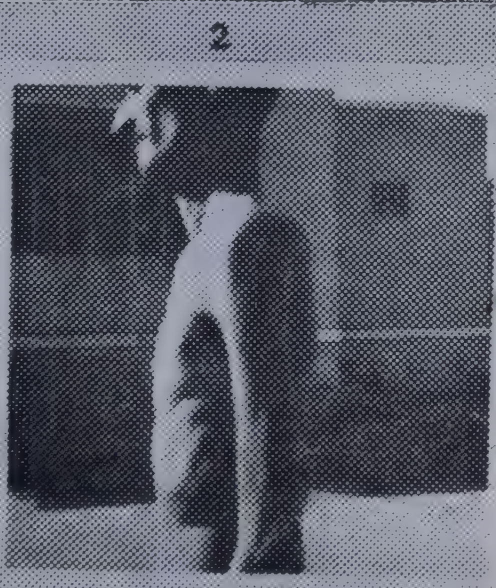


ಚಿತ್ರ ೨. ಕ್ಷಯದಿಂದ ಕೊಳೆತ ಟೊಳ್ಳಾದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ

ಚಿತ್ರ. ೭

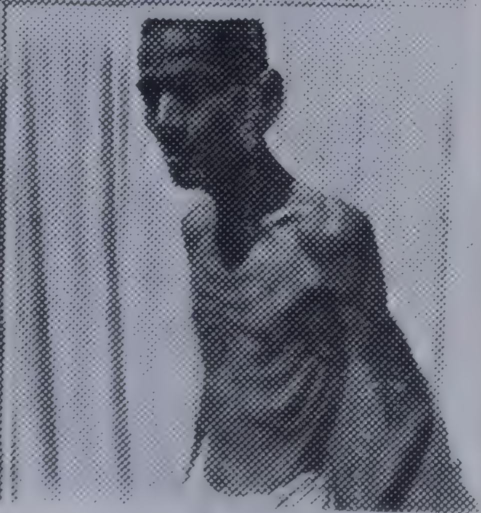


ಚಿತ್ರ ೪





ಚಿತ್ರ ೬



ಚಿತ್ರ ೫

ಚಿತ್ರ ೪ : ಚಪ್ಪಟೆಯಾದ ಎದೆ

ಚಿತ್ರ ೫ : ಸ್ನಾಯು ಸವಕಳಿಯಿಂದ ಎದ್ದು ಕಾಣುವ ಎದೆ ಮೂಳೆಗಳು

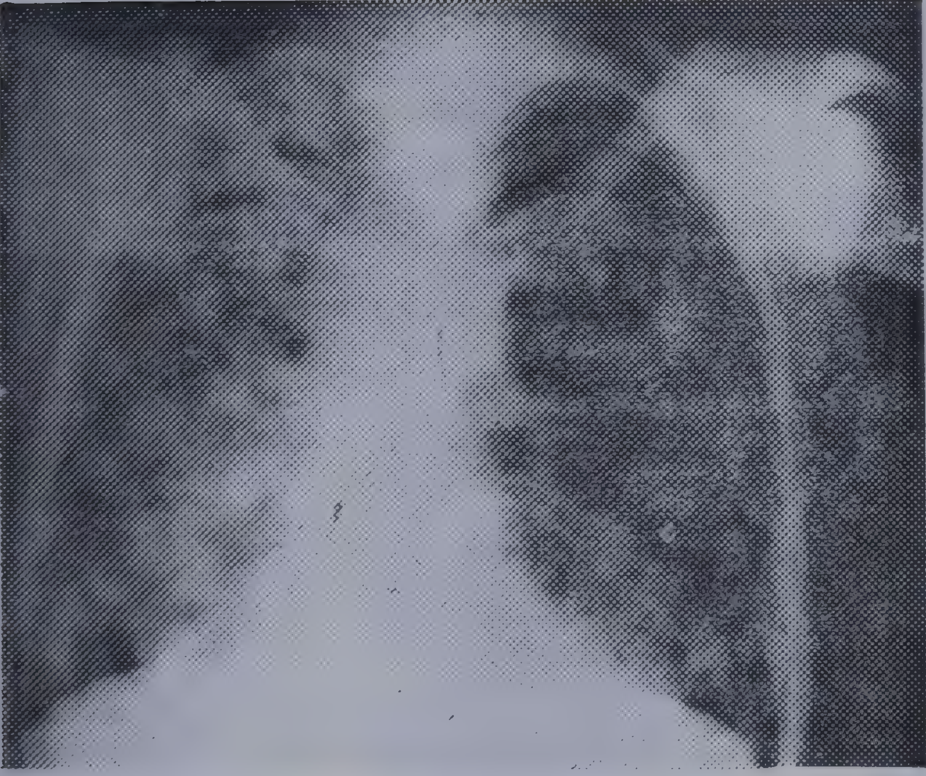
ಚಿತ್ರ ೬ : ಚಪ್ಪಟೆಯಾದ ಎಡಬೆನ್ನು

ಚಿತ್ರ ೭ : ರೋಗಿಯ ಎದೆಯನ್ನು ಎದೆದರ್ಶಕದಿಂದ ಆಲಿಸುತ್ತಿರುವುದು

ಚಿತ್ರ ೮. ರೋಗಿಯನ್ನು ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಪಟಲದ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರುವದು.

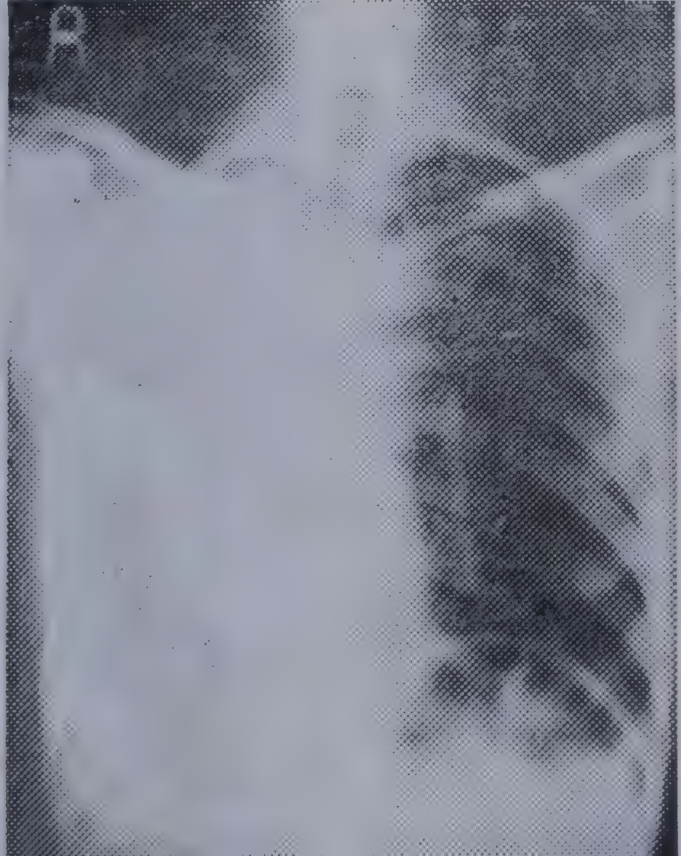
ಚಿತ್ರ ೯. ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಎಡ ಶಿರೋಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಿಂಜಿದ ಅರಳೆಯಂತಹ ಛಾಯೆಗಳು

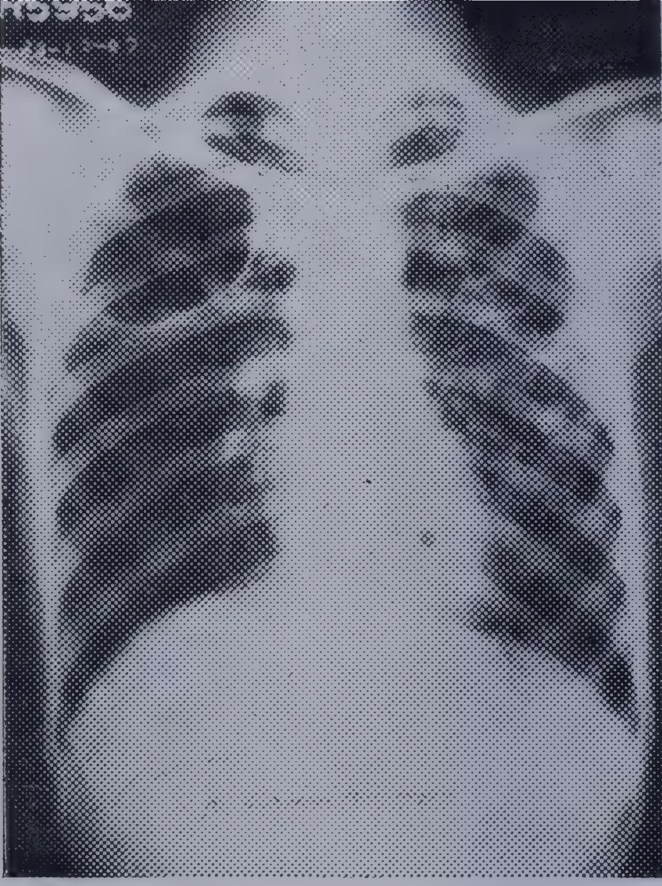




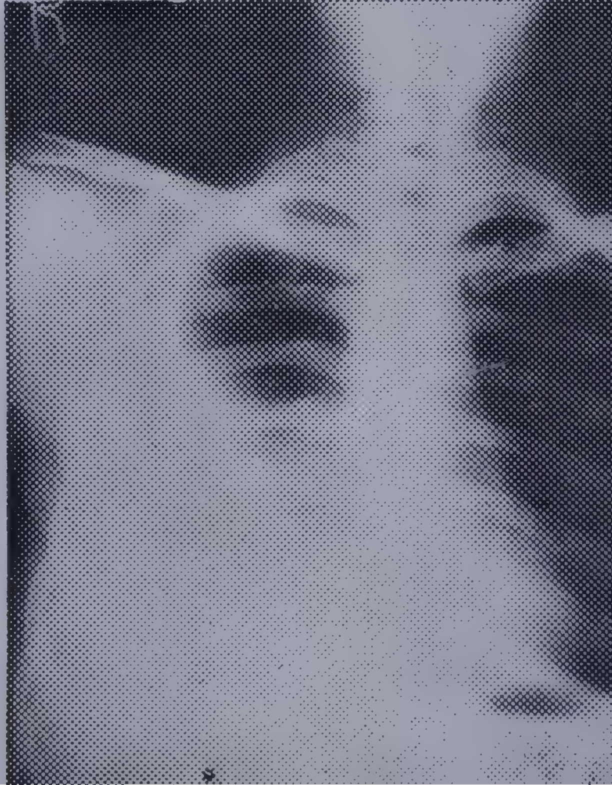
ಚಿತ್ರ ೧೦. ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ

ಚಿತ್ರ ೧೧. ಕುಗ್ಗಿ ಬಿರುಸಾದ
ಬಲಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ





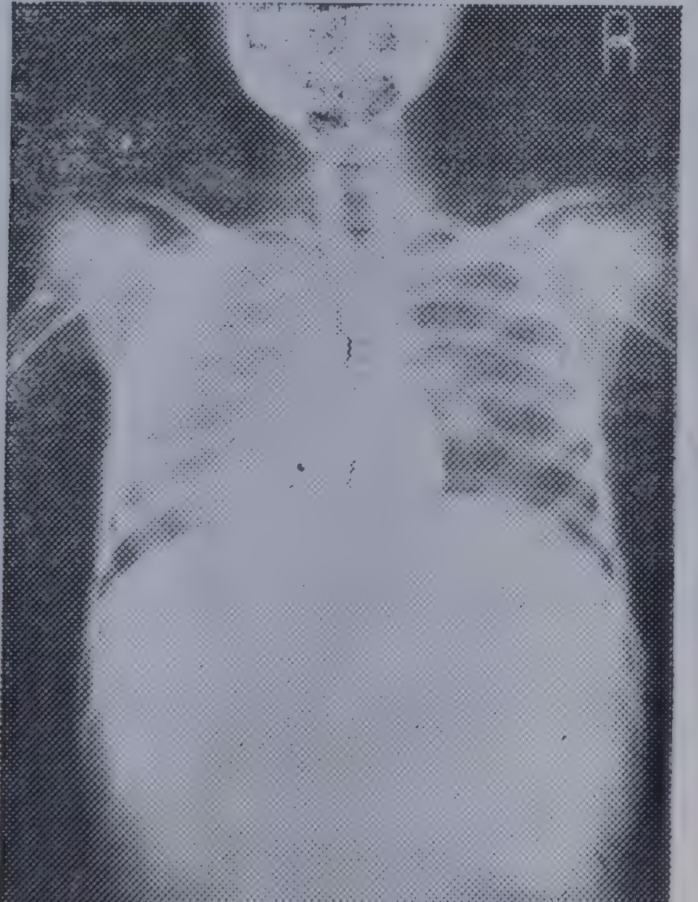
ಚಿತ್ರ ೧೨. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಟೊಳ್ಳಾಗಿರುವ ಪುಪ್ಪುಸ
ತೋರಿಸುವ ಎದೆ ಚಿತ್ರ



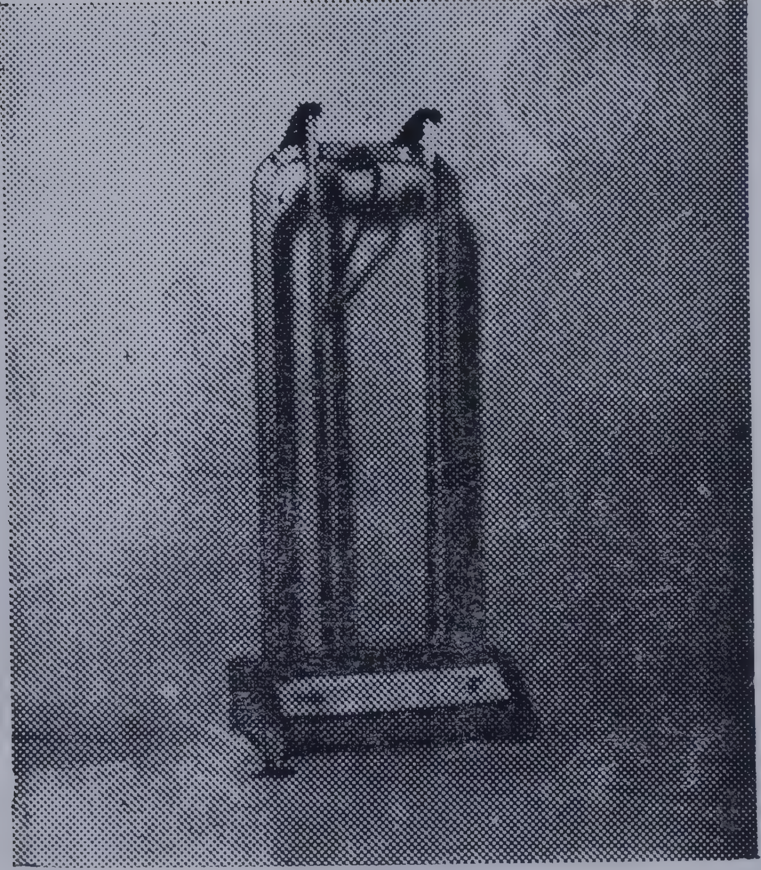
ಚಿತ್ರ ೧೩. ಬಲಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲ
ದಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿರುವ ಎದೆ ಚಿತ್ರ



ಚಿತ್ರ ೧೪. ಎಡ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲ ದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಸೇರಿರುವ ಎದೆ ಚಿತ್ರ. ಎಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿದು ಹೋಗಿ ಹೃದಯದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿದೆ.



ಚಿತ್ರ ೧೫. ಗಾವೆಕ್ಷಯದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ



ಚಿತ್ರ ೧೬. ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ಗಾಜಿನ ಕೊಳವೆಯಲ್ಲಿ
ತಳ ಸೇರುತ್ತಿರುವ ಚಿತ್ರ

ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯ

೧. ಇತಿಹಾಸ

ಕ್ಷಯರೋಗ ಜಗತ್ತಿನಷ್ಟೇ ಹಳೆಯದು. ಇದು ಪುರಾತನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲ ಕಡೆ ಮಾನವಕುಲದ ಮೇಲೆ ಆಕ್ರಮಣ ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಬ್ಯಾಬಿಲೋನಿಯ-ಅಸ್ಸೀರಿಯಾದ ಶಿಲಾಲಿಖಿತಗಳು, ಹಿಂದೂದೇಶದ ವೇದಗಳಲ್ಲಿನ ಶ್ಲೋಕಗಳು, ಹಿಬ್ರೂಭಾಷೆಯಲ್ಲಿನ ಕ್ರಿಸ್ತನ ಉಕ್ತಿಗಳು, ಪೆರು ಮತ್ತು ಈಜಿಪ್ತ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಅಸ್ಥಿಪಂಜರಗಳ ಅವಶೇಷಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ, ಕ್ಷಯರೋಗವು ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಇದ್ದುದರ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢವಾದ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನೊದಗಿಸಿವೆ. ಅಂದಿನಿಂದಲೂ ಮನುಷ್ಯ ಕ್ಷಯರೋಗದೊಡನೆ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಹೋರಾಟವನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾನೆ.

ಈ ರೋಗವು ದೈಹಿಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕುಂದುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಅದರ ಅಸ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಕಿತ್ತು ಹಾಕುವ ಪ್ರಬಲ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ರೋಗವು ದುಷ್ಟ ಶಕ್ತಿಗಳ ಮತ್ತು ದೈವಿಕ ದುರಾಗ್ರಹದ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವುದೆಂಬ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಬಹುಕಾಲದ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದಿತು. ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ರಕ್ತಕಫ ಮತ್ತು ದೇಹದ ಸೊರಗುವಿಕೆಯನ್ನು ಮುಖ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನಾಗಿ

ಪಡೆದ ಈ ರೋಗವನ್ನು ಚೀನಾದಲ್ಲಿ ಲಾವೋ ಐಂಗ್ ಎಂದೂ
ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ರಾಜಯಕ್ಷ್ಮವೆಂದೂ ಕರೆಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಮನುಷ
ಈ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದೆಂದು ತಿಳಿದು ಅದಕ್ಕೆ ಬ
ಯಾಗುತ್ತಿದ್ದ ದೇಹವನ್ನು ಕರಗುತ್ತಿರುವ ಚಂದ್ರನಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದ್ದ
ರೋಗ ಉಲ್ಬಣವಾದಂತೆ ಶರೀರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೃಶವಾಗಿ ಹೋಗ
ತ್ತಿದ್ದ ಈ ಪ್ರಬಲವಾದ ರೋಗಕ್ಕೆ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿಯೇ ರಾಜನೆಂಬ
ಅಭಿದಾನವನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರು. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ
ಸಾವು–ನೋವುಗಳನ್ನನುಲಕ್ಷಿಸಿ ‘ ಸಾವಿನ ಧುರೀಣ ’ನೆಂದೂ ಈ
ರೋಗವು ತಿಳಿಯಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದಿತು. ಆ ಪ್ರತೀತಿ ಅಂದಿನಿಂದ ಇಂದಿ
ವರೆಗೂ ಬೆಳೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಸ್ತ್ರದ ಪಿತಾಮಹನಾದ ಹಿಪ್ಪೋಕ್ರೇಟಿಸನ
ಈ ರೋಗವು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ವ್ರಣದಿಂ
ಉಂಟಾಗುವುದೆಂಬುದನ್ನು ಗುರಿತಿಸಿ, ಇದು ರೋಗಗಳಲ್ಲಿಯೇ
ಭಯಂಕರವಾದುದು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದೆಂದು ಭಾವಿಸಿದ
ಕ್ರಿಸ್ತಶಕದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದ ಅರಿಸ್ಟಾಟಲ್, ಐಸೋಕ್ರೇಟಿಸ
ಮತ್ತು ಗ್ಯಾಲನ್, ಈ ರೋಗವು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿ
ಹರಡುವ ಅದ್ಭುತ ಸತ್ಯವನ್ನು ಊಹಿಸಿದರೂ, ಅದು ಹರಡುವ
ವಿಧಾನವನ್ನು ಕಳೆದ ಶತಮಾನದ ಅಂತ್ಯದಲ್ಲಿ ದೃಢಪಡಿಸಲಾಯಿತು

ಪುಪ್ಪಸ (lung)ದ ವ್ರಣವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದ್ದ ಈ
ರೋಗದ ವಿವಿಧ ಮುಖದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ರಾಂ
ನಡೆದ ಹದಿನೇಳನೆಯ ಶತಮಾನದ ನಂತರವೇ ಉಂಟಾಯಿತು
ದೇಹದ ಅಂಗರಚನಾ ಶಾಸ್ತ್ರದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ದೊರತ ಮೇಲ

ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಿದ ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ಗಂಟುಗಳು ಈ ರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ರೋಗಲಕ್ಷಣವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಯಿತು. ಶ್ವಾಸಕೋಶ ವಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಮಿದುಳಿ. ಮಿದುಳಪೊರೆ (meninges), ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ, ಕರುಳು, ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸಗ್ರಂಥಿ ಗಳನ್ನು (lymph nodes) ಆಕ್ರಮಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಿದರೂ ಅವೆಲ್ಲ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಕ್ಷಯದ ವಿವಿಧ ಮುಖ ಗಳೆಂಬುದನ್ನು ಸಿಲ್ವಿಯಸ್, ರಿಚರ್ಡ್‌ಮಾರ್ಟನ್, ಬಾಯ್ಲ್ ಮತ್ತು ಲೆನ್ನೆಕ್ ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟು, ಕ್ಷಯರೋಗದ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೂರ್ವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದರು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ರೋಗಲಕ್ಷಣವಾಗಿ ಗಂಟುಗಳು ಇರುವುದನ್ನನುಲಕ್ಷಿಸಿ, ೧೮೩೯ರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಶಾನ್‌ಲೀನ್ ಟ್ಯುಬರ್‌ಕ್ಯುಲೋಸಿಸ್ (Tuberculosis) ಎಂದು ಕರೆದ. ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಶಬ್ದದ ಅಲ್ಪರೂಪ ಟಿ. ಬಿ. ಎಂಬ ಹೆಸರು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗವು ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಲೆನ್ನೆಕ್ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಅಭ್ಯಸಿಸಿ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ಬೆಳಕನ್ನು ತೋರಿದ ಅಲ್ಲದೆ ಆತ ಕಂಡು ಹಿಡಿದ ಎದೆ ದರ್ಶಿನಿ (Stethoscope) ಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ಉಸಿರಾಟದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಯಿತು.

ಕ್ರಿಸ್ತಶಕದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾರೋ, ಈ ರೋಗವು ಅಗೋಚರ ವಸ್ತುಗಳಿಂದ ಹರಡುತ್ತದೆಂಬ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು

ಹೊಂದಿದ್ದ. ಅದನ್ನು ಪರಾಸೆಲ್ಸಸ್, ಫ್ರಕಾಸ್ಟೋರಿಯಸ್, ಬೆಂಜಾಮಿನ್ ಮಾರ್ಟನ್, ಬಡ್ ಮೊದಲಾದವರು ಪುನರಪಿ ದೃಢಪಡಿಸಿದರು. ಅದನ್ನು ಕ್ಲೆಂಕೆ ಮತ್ತು ವಿಲ್ಲೆಮಿನ್ ಕಳೆದ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗ ರೀತಿಯಿಂದ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ ತೋರಿಸಿದರೂ, ಈ ರೋಗವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಭಯಾನಕ ಅಣುಜೀವಿಯ ದರ್ಶನ ಮಾತ್ರ ಆಗಿನ್ನೂ ಆಗಿರಲಿಲ್ಲ. ೧೮೮೨ ರಲ್ಲಿ ರಾಬರ್ಟ ಕಾಕ್ (ಚಿತ್ರ ೧) ಎಂಬ ಜರ್ಮನ್ ವೈದ್ಯ ಪರಿಣತ ಕ್ಷಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಕಿರಿದಾದ, ನೀಳ ದಂಡಾಣು ಜೀವಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟು ಹೊಸ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಆರಂಭ ಮಾಡಿದ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ರೋಗಾಣು ಜೀವಿಗಳನ್ನು ಕಫದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು; ಅವುಗಳನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ತಳಿಮಾಡಿ ಬೆಳೆಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಪ್ರಾಣಿಗಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚಿ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡ ಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿ ಈ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹರಡಿದ್ದ ಅಜ್ಞಾನದ ತೆರೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿದ. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳ ಬೆಳೆದ ತಳಿಯನ್ನು ಸೋಸಿ (filter)ದಾಗ ಹೊರ ಬಂದ ಕಂದುಬಣ್ಣದ ಪಾರದರ್ಶಕ ದ್ರವವನ್ನು ಟ್ಯುಬರ್ ಕ್ಯುಲಿನ್ ಎಂದು ಕರೆದ. ಅದನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದೆಂದು ಕಾಕ್ ಭಾವಿಸಿದ್ದ. ಅದು ಹಾಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಅನರ್ಹವೆಂದೆನಿಸಿದರೂ, ಅದನ್ನು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಇದ್ದು ಹೋದುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಾಸಾಧನವಾಗಿ ಉಪ ಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಈ ರೋಗ ಉಂಟಾಗುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಶೋಧಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲದಲ್ಲಿಯೇ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶೋಧಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದವು. ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವವರು ಪರಿಶುದ್ಧವಾದ ಹವೆ ದೊರಕುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ನಿರ್ಮಿಸಿದ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವುದು ಅಗತ್ಯವೆಂದು ೧೮೪೦ರಲ್ಲಿ ಜಾರ್ಜ ಬೋಡಿಂಗ್‌ಟನ್ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ. ೧೮೫೪ ರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆಗಾಗಿಯೇ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬ್ರೆನ್ನರ್ ಜರ್ಮನಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ತಂದ. ಈ ಭಯಾನಕ ರೋಗದ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಒಳ್ಳೆಯ ಹವೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಬಹುಮುಖ್ಯವೆಂದು ಸಾವಿರಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಅಮೇರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಟ್ರೂಡೊ ಗಿರಿಧಾಮಗಳಲ್ಲಿದ್ದುಕೊಂಡು ಈ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ. ಅಲ್ಲದೆ ದೊರೆಯ ಹಸ್ತಸ್ಪರ್ಶ, ಸಮುದ್ರಯಾನ ಮತ್ತು ಎತ್ತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ವಾಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾರೂಪವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದೊರೆಯುತ್ತಿದ್ದವು. ರೋಗಿಯ ದೇಹಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಟ್ಟಂತೆಯೇ ರೋಗಿಷ್ಟ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೂ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವ ವಿಧಾನ ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಿಂದ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಎದೆ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಇಲ್ಲವೆ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾದ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಮುದುಡಿ

ಸುವ (Collapse) ಇಲ್ಲವೆ ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ವಿಧಾನಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದವು. ೧೮೯೫ ರಲ್ಲಿ ರಾಂಜೆನ್ ಬಳಕೆಗೆ ತಂದ ಕ್ಷ- ಕಿರಣಗಳು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಹಕಾರಿಗಳಾದವು.

ಕಳೆದ ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ವರುಷಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅದ್ಭುತವಾದ ಔಷಧಿಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿವೆ. ೧೯೪೪ ರಲ್ಲಿ ವಾಕ್ಸಮನ್ ಕಂಡುಹಿಡಿದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಅಪೂರ್ವ ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿತು. ಅನಂತರ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಂತಹ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್, ಪಾಸ್ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ನೂತನ ಪ್ರೇರಕಗಳಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದವು. ಇವುಗಳ ಬಳಕೆ ರೋಗನಿವಾರಣೆಗೆ ನಾಂದಿ ಹಾಕಿದವು.

೨. ಸಮಾಜದ ಸಮಸ್ಯೆ

ಕ್ಷಯರೋಗವು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬೊಬ್ಬರಿಗೆ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಪರೂಪ ರೋಗವಲ್ಲ. ಅದು ಇಡೀ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಪಿಡುಗು. ಇದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಕೈಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರುವುದು ಅಸಂಭವ ಎಂಬುದನ್ನು ೧೮೮೭ ರಲ್ಲಿ ರಾಬರ್ಟ್ ಫಿಲಿಪ್ ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನಲ್ಲಿ ಮನಗಂಡು, ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಮತ್ತು ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ. ಅದೇ ಮೂಲಭೂತ ತತ್ವವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಇಂದು ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಲು ದೇಶಾದ್ಯಂತ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷಯದ ಮೇಲೆ ವಿಜಯವನ್ನು ಸಂಪಾದಿಸಲು ಹೋರಾಟವು ನಡದೇ ಇದೆ.

ನಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಸುತ್ತಣ ಪರಿಸರ ಈ ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ಪ್ರಬಲವಾಗಿ ಹರಡಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. ಈ ರೋಗದ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ಈ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ತೋರಿದ್ದರೂ ಈ ರೋಗವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಪ್ರಶ್ನೆ

ಯಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ರೋಗ ತಲೆದೋರಿದಾಗ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬೀರುವ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕಲ್ಪನೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿಯೇ ಅರ್ಧ ಕೋಟಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜನ ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದು ಅವರು ರೋಗವನ್ನು ಇತರರಿಗೆ ಹರಡಬಲ್ಲವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಐದು ಲಕ್ಷ ಜನರು ಈ ರೋಗದಿಂದಲೇ ಸಾಯುವವರು. ಸಾಯುವ ಹತ್ತು ಜನರಲ್ಲಿ, ಒಬ್ಬನಾದರೂ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದಲೇ ಸಾಯುವವನಾಗಿದ್ದಾನೆ.

ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಕಾಲರಾ, ಸಿಡುಬು. ಪ್ಲೇಗಿನಂತೆ ಈ ರೋಗ ಒಮ್ಮೆಲೇ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪ ಧಾರಣ ಮಾಡಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಈ ರೋಗವು ಹೊಸ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದಾಗ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಔದ್ಯಮಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಗಳು ಏಕಾಏಕಿ ಬೆಳೆದು ನಿಂತುದರ ಫಲವಾಗಿ. ಜನರು ಯೋಗ್ಯ ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ದೊರೆಯದೆ, ಜನದಟ್ಟಣೆ ಯಲ್ಲಿ, ಗಾಳಿ ಬೆಳಕು ಬಾರದ, ನೈರ್ಮಲ್ಯರಹಿತ ಗಲೀಜು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಮಾಡುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆಗ ಮನುಷ್ಯರಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾದ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಅವನತಿಯ ಫಲವಾಗಿ ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳಲು ಕಾರಣವಾಗುವುದು. ಅನೇಕ

ತಲೆಮಾರಿನಿಂದ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಅಲ್ಲಿ ನೈಸರ್ಗಿಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಸಮಾಜವು ಪಡೆದಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ರೋಗಿಯೇ ಮೂಲಕಾರಣನಾದುದರಿಂದ ಅವನಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಯೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ರೋಗಪ್ರಸರಣ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ತಡೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿವೆ. ಒಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು (Tubercle bacilli) ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ ಅವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ನಿರೋಧಕ ಕಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡುತ್ತವೆ. ಅವು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಗೋಚರವಾಗಿ ರೋಗಾಣುಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡಿ ರೋಗವು ತೋರಿಬರದಂತೆ ಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಕಣಗಳು ಶೀಘ್ರರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಗೊಳ್ಳದೆ, ಆ ಕ್ರಿಯೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ನಡೆದು ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಮಯ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಬೆಳೆದ ರೋಗಾಣುಗಳು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ತಲೆತಲಾಂತರದಿಂದ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಕಾಣಿಸುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಬದಲುಗೊಂಡು ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪ್ರಕಟಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣೆಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಜನರು ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಕರಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಈ ರೋಗದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆಂಬುದನ್ನು ಟ್ಯೂಬರ್ ಕ್ಯುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಈ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಮಾಜ ದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಲು ಅಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ತೀವ್ರ ಔದ್ಯೋಗೀಕರಣ, ವಲಸೆ ಬಂದ ಜನರಿಂದ ದಟ್ಟಣೆಯುಂಟಾಗಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯರಹಿತ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಬಹು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸು ತ್ತವೆ. ಜನಜೀವನದ ಇರುವಿಕೆಯ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡುತ್ತವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಔದ್ಯೋಗೀಕರಣ ತೀವ್ರಗೊಂಡು ಕೈಗಾರಿಕಾ ಕ್ರಾಂತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಈ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ದೊರೆತಿವೆ.

ನಮ್ಮ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಜನ ನ್ಯೂನ ಆಹಾರ (malnutrition) ಸೇವನೆ ಮಾಡು ತ್ತಾರೆ. ಬಲಹೀನವಾದ ಶರೀರ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಯೋಗ್ಯ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಧೂಳಿನಿಂದ ಆವೃತವಾದ ಉದ್ಯೋಗಗಳು, ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಿಲ್ಲದ ದುಡಿತ ರೋಗಕ್ಕೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಲಿಗೊಡುತ್ತವೆ.

೩. ರೋಗಾಣು

ಕ್ಷಯವನ್ನು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಜೀವಾಣುಗಳು ಮೈಕೋಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾ ಜೀವಾಣುಗಳ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವು. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ ಈ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ತಮಗೆ ನೀಡಿದ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಬಿಡದೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು, ನೀಲಿ ಛಾಯೆಯ ಹಿಂದೆ ಗುಲಾಬಿ ರಂಗಿನಿಂದ ಶೋಭಿಸುತ್ತವೆ. ಒಮ್ಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಬಣ್ಣವು ಯಾವ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾದ ಆಮ್ಲ (acid) ದಿಂದಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಮದ್ಯಸಾರ (alcohol)ದಿಂದಾಗಲೀ ಕಳೆದು ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಝೀಲ್–ನೀಲ್ಸನ್‌ರ ಕಲಾವಿಧಾನ (stain) ದಿಂದ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸ ಬಹುದು. ಕ್ಷಯಾಣುವಿನಲ್ಲಿ ಅಡಗಿರುವ ಮೈಕೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲವು ಕಾರ್ಬಾಲ್ ಫಕ್‌ಸಿನ್‌ನಂತಹ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಕಳೆದು ಕೊಳ್ಳದೆ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ. ೨)

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನ್ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಿಯಿಂದ ನೋಡಿದಾಗ ಉದ್ದವೂ, ನೀಳವೂ ಆದ ಕ್ಷಯಾಣು (tubercle bacilli) ಹೊರ ಪೊರೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದು ಅದರೊಳಗೆ ಜೀವರಸ ಹೊಂದಿರು ವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಪುಡಿಯಂತೆ ತೋರುವ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುಗಳು ಅದರ ಮಧ್ಯ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಇವೆ. ಈ ಜೀವಾಣು ಸಸಾರ ಜನಕ ವಸ್ತು, ಮೇದಸ್ಸು ಮತ್ತು ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟಾದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಇದರ ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುವು ದೇಹವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗ, ಬೇಡದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (hypersensitivity) ಯನ್ನು ಮತ್ತು ಜೀವಾಂಗ

ಗಳ ಅನುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮೇದಸ್ಸು ರೋಗದ ಹೆಗ್ಗುರುತಾದ ಕ್ಷಯಗಂಟಿನ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರಾಕ್ಷಸೀ ಕಣಗಳು (giant cells) ಮತ್ತು ಹೇರ್ಪರ ಕಣ (epitheloid cells) ಸಿದ್ಧಗೊಳ್ಳಲು ಚಾಲನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವಿಧಗಳಿವೆ : ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವ (human) ದನ (bovine) ಮತ್ತು ಪಕ್ಷಿ (avian) ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾದವು. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಗಾಳಿ – ಬೆಳಕು ಬೇಕು. ೩೦ ರಿಂದ ೪೧ ಡಿಗ್ರಿ ಉಷ್ಣತೆಯಲ್ಲಿ ಲೋವೆನ್ ಸ್ಟೀನ್-ಜೆನ್‌ಸನ್ ಸಾರದ್ರವ್ಯ (medium) ದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ತಳಿ (culture) ಯೆಬ್ಬಿಸಬಹುದು. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ನಾಲ್ಕಾರು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದು ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ನೆಲೆ (colony) ಗಳಂತೆ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಮಾನವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಗಿನಿ ಹಂದಿಯಲ್ಲಿ (guinea pig) ಚುಚ್ಚಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ದನಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗಿನಿ ಹಂದಿಯಲ್ಲದೆ, ಮೊಲದಲ್ಲೂ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವುಗಳಾಗಿವೆ. ಶಾಖಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ತಾಳುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಲನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಾಯಿಸುವುದರಿಂದ ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ಏಕೆಂದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಾಯ್ದ ಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ದನಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಬದುಕಿ ಉಳಿಯಲಾರವು. ಮಣ್ಣು, ಬೆಳಕು, ನಂಜು ತಪ್ಪಿಸುವ ಪದಾರ್ಥಗಳು (antiseptic), ತಂಪು– ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಬಲ್ಲವು.

೪. ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಕ್ಷಯಾಣುವಿಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಉಂಟಾಗುವುದು ಸಾಧ್ಯ ವಿಲ್ಲ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಮಾಡಲು ಅದು ದೇಹವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಬೇಕು. ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಅಂಗ ಗಳು ಅದರ ಆಗಮನದ ವಿರುದ್ಧ ತೋರಿಸುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ರೋಗದ ಗುಣಸೂಚಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಮೀಪವರ್ತಿ ಜೀವನದಿಂದ ಇದು ಹರಡಬಲ್ಲದು. ಕ್ಷಯಾಣು ದೇಹವನ್ನು ಉಸಿರಿನ ಮೂಲಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದೊಳಗೆ, ಆಹಾರದ ಮೂಲಕ ಅನ್ನನಾಳದೊಳಗೆ, ಇಲ್ಲವೆ ತನ್ನ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡ ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ದೇಹವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸ ಬಹುದು. ಕೊನೆಯ ಮಾರ್ಗ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಧಾನವಲ್ಲ.

ದನಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡು ಅನ್ನನಾಳದ ಮೂಲಕ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಿ ದೇಹದ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಪಸರಿಸಬಹು ದಾದರೂ, ಅವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಮಾನವಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಉಸಿರಿನ ಮೂಲಕ ದೇಹ ವನ್ನು ಶ್ವಾಸಕೋಶಾಂತರವಾಗಿ ಸೇರುತ್ತವೆ, ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು ಕೆಮ್ಮಿದ ಮೇಲೆ ಸೀನಿದ ಮೇಲೆ ಹೊರಕ್ಕೆ ಬರುವ ಚಿಕ್ಕದಾದ ತುಂತುರು ಹನಿಯಲ್ಲಿ (droplet) ಮತ್ತು ಕಫದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ, ಧೂಳಿನಲ್ಲಿ, ಹರಡಿಹೋಗು ತ್ತವೆ. ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಕ್ಕಿಂತ ಕಿರಿದಾದ ತುಂತುರು ಹನಿಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಂತ್ಯಭಾಗವನ್ನು ಉಸಿರು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಸೇರಿ

ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯು ಇರುವ ಶುಶ್ರೂಷಾಗೃಹದ ನೆಲದ ಮೇಲೆ, ಅಲ್ಲಿ ಪಸರಿಸಿದ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿ ರುತ್ತವೆ.

ಕೆಲವೇ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸೇರಿದರೂ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಬಲ್ಲದು. ಈ ರೀತಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಸ್ವಾಹಾಕಣ (macropheges) ಗಳು ನುಂಗುತ್ತವೆ; ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ವಿಭಜನೆಗೊಂಡು ನೂರ್ಮಡಿಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿರುದ್ಧದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಗಂಟುಗಳು ತೋರ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ಆ ಗಂಟುಗಳು ಬೆಳೆದು, ಅನಂತರ ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ ದಲ್ಲಿ ಅವು ನಾಶಗೊಂಡು, ಗಿಣ್ಣದಂತೆ ಕರಗಿ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ದುಸ್ಥಿತಿ ಗೀಡು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಗಂಟುಗಳು ಗೋಚರವಾದಾಗ ದೇಹ ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಏಕ ಕಣಗಳು (monocytes) ತೋರಿಬಂದು,ಬದಲಾಗಿ ಹೊರ್ಪ್ಪರ ಕಣಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರಾಕ್ಷಸೀ ಕಣಗಳು; ಸಣ್ಣ ದುಂಡು ಕಣಗಳು, ಸ್ವಾಹಾಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿ ನೆರೆಯುತ್ತವೆ. ಹಾಲ್ರ್ಯಸಕಣಗಳು, ನಾರಿನಂತಹ ಎಳೆಗಳು ಸುತ್ತಲೂ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತವೆ. ಈ ಕ್ಷಯಗಂಟಿನಲ್ಲಿ ರಕ ಪರಿಚಲನೆಯಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿ ಒಳಗಾಗುವವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಪ್ರಥಮ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಪುಪ್ಪುಸದ ಅಂತ್ಯಭಾಗ

ದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ರೋಗ ತೋರುವುದಲ್ಲದೆ, ಅದರಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಹಾಲ್ರಸನಾಳ ಮತ್ತು ಅವು ಕೊನೆಗೆ ಅಂತ್ಯಗೊಳ್ಳುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿ ಹೋಗಿ ಅವುಗಳನ್ನು ದೊಡ್ಡದು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಒಂದೇ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಪರಿಮಿತವಾಗಿ ಪುಪ್ಪುಸದೊಂದಿಗೆ ರೋಗ ತೋರಿಬಂದು ಅಲ್ಲಿನ ಗಾಳಿಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಬಿಳಿಯ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು, ಏಕ ಕೇಂದ್ರಿಯ ಕಣಗಳು, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು, ನಾರಿನ ಎಳೆಗಳು ಮತ್ತು ರಸ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅನಂತರ ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಕೇಂದ್ರ ಭಾಗವು ನಾಶ ಹೊಂದಿ ಗಿಣ್ಣದಂತೆ ಕರಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಅದು ಬಿರುಸಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಸಿಂಪಡಿಸಿದ ಸುಣ್ಣದ ಅಂಶದಿಂದ ಕಲ್ಲಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗವನ್ನು ನಿಗ್ರಹಿಸುವ ಶಕ್ತಿಹೊಂದದವ ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಬೆಳೆದು ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಟೊಳ್ಳಾದ ಪ್ರದೇಶ (cavity) ಉಂಟಾಗಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೩). ಅಲ್ಲಿ ಗಿಣ್ಣದಂತಹ (caseous) ಪದಾರ್ಥ ಕರಗಿ ನೀರಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳದೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಪಡೆದು ಇಡೀ ದೇಹಾದ್ಯಂತ ರಕ್ತಾಂತರವಾಗಿ ಹರಡಿ ವಿಸ್ತೃತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ಗಂಟು ಬಿರುಸಾಗಿ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನಂತೆ ಮಾರ್ಪಟ್ಟು ಹರಡುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಗುಣಮುಖವಾಗುವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯದವರಲ್ಲಿ ಅದು ಪುಪ್ಪುಸದ ಆದ್ಯಂತ ಹರಡಿ ಸಾವೆಕ್ಷಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹು

ದಲ್ಲದೆ, ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಾದ ಮೆದುಳುವೊರೆ,ಕಲಿಜ, ಪ್ಲೀಹ ಗಳಿಗು ಹರಡಬಹುದು.

ಈ ರೋಗ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಹರಡಿದ್ದರೂ ಮತ್ತು ಅನೇಕರು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರೂ ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಕಟ ಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವೇ ಜನರು ಮಾತ್ರ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದು ತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷಯಾಣುವಲ್ಲದೆ ಇನ್ನಿತರ ಸಹಾಯಕ ಕಾರಣಗಳು ರೋಗ ವುಂಟಾಗಲು ಬೇಕು. ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ವನ್ನು ನಿರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಕಣಗಳ ತಯಾರಿಕೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿ ಸಿದೆ. ಅವು ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಸಿದ್ಧವಾದರೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ವಿಪುಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಡಲಾರವು. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಅಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಧಾನವಾದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಗೋಚ ರಿಸುತ್ತದೆ.

ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕೆಲಮಟ್ಟಿನ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿ ಗೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಿದರೂ, ಮತ್ತೆ ಅದು ಸ್ಫೋಟಗೊಂಡು ಬೆಳೆಯಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಮತ್ತೆ ಆಗಮಿಸಿದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ದಾಳಿಗೆ ತಾಳಲಾರದೆ ರೋಗವನ್ನೂ ತೋರ್ಪಡಿಸ ಬಹುದು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಅಭಾವದ ಪ್ರಯುಕ್ತ ರೋಗವು ಬುಗಿಲ್ಲೆಂದು ಹತ್ತಿದ ಬೆಂಕಿಯಂತೆ ಬೆಳೆಯಬಹುದು; ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಬೂದಿ ಮುಚ್ಚಿದ ಕೆಂಡದಂತೆ ಅದು ಒಳಗೇ ಸುಡುತ್ತ ಹೋಗುವುದು.

ನೈಸರ್ಗಿಕ ಬಳುವಳಿಯಾಗಿ ದೊರೆತ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಫಲವಾಗಿ ಬಹು ಪಾಲು ಜನರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯು ಅಭಾವವಿರುವವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಶ್ವಾಸದೊಡನೆ ಸೇವಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉರಿ (Inflammation) ಯೊತವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿ ಗಂಟಿನಂತಹ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಅವು ಕೊಳೆತು (necrosis) ದ್ರವೀಕರಣ (liquefaction) ಹೊಂದಿ ಬೇರ್ಪಡೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಉಂಟಾಗದಿದ್ದರೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಭೀತಿಗೊಳ್ಳುವ ಕಾರಣವಿರಲಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸದ ಗುಳ್ಳೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧರೀತಿಯ ಕಣಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾತ್ರ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಳೆಯುವಿಕೆ ತೋರಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದು ಪೂರ್ತಿ ಗುಣಹೊಂದಬಹುದು. ಗಂಟಾಗಿ, ಕಲ್ಲಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಟು ಹೊಂದಬಹುದು. ರೋಗವು ಮುನ್ನಡೆಯುವವರಲ್ಲಿ ಹಾಗೆ ಉರಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಪ್ರದೇಶದ ಮಧ್ಯಭಾಗ ಕೊಳೆತು ಕರಗಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಬೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡು ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹೊರ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಆಗ್ಗೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಟೊಳ್ಳಾದ ಪ್ರದೇಶ ನಿರ್ಮಾಣಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದರ ಸುತ್ತ ನಾರಿನಂತಹ ಪದರುಗಳು ತೋರಿಬಂದು ಭದ್ರಕೋಟೆಯಂತೆ ಮಾರ್ಪಾಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ,

ರೋಗಾಣುಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲು ಅದರಲ್ಲಿನ ದುರ್ಬಲ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಸೇರಬೇಕು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಶಿರೋಭಾಗವು ರೋಗಕ್ಕೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಲಿ ಬೀಳುವುದು. ಕ್ಷಯ ಬೆಳೆಯುತ್ತ ಹೋದಂತೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರದೇಶ ಕೊಳೆಯುತ್ತ ಹೋಗುವುದು; ರೋಗವು ಎರಡೂ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಹೋಗುವುದು. ಪೊಳ್ಳಾದ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ರೋಗವು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ಶ್ವಾಸನಾಳಕ್ಕೆ ಹರಡಿ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ಆ ನಾಳದ ಆಕೃತಿಯನ್ನ ಕಿರಿದುಗೊಳಿಸುವುವು, ರೋಗವು ವಿಪುಲ ವಾಗಿ ಹರಡಿದಾಗ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿನ ಅನಿಲಗಳ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ತೀವ್ರ ವ್ಯತ್ಯಯಬರುತ್ತದೆ.

ಟೊಳ್ಳಾದ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದ ಕೆಳಗಿದ್ದರೆ, ಅವು ಒಡೆದು ಗಾಳಿಯು ಅದರಲ್ಲಿ ಸೇರುವಂತೆ ಮಾಡಿ 'ಗಾಳಿಎದೆ' ಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಆಕ್ರಮಿಸಿ ಅಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಬಲ್ಲದು. ಅಲ್ಲದೆ ಶ್ವಾಸನಾಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಮುಂದುವರಿಕೆಯಾದಂತೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿದು ಕಿರಿದಾಗಬಲ್ಲದು ಮತ್ತು ಬಿರುಸಾಗಬಲ್ಲದು.

೫. ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಆದಿಭಾಗನಲ್ಲಿ ಅದರ ಇರು
ವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ರಸಾಯನ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವುದು
ರೋಗದಿಂದ ಗುಣಹೊಂದಲು ಬಹು ಅಗತ್ಯವಾದುದಾಗಿದೆ.
ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ವಿವಿಧ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದುದ
ರಿಂದ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಈ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ
ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರಯಾಸವಾಗಬಹುದು. ಎಷ್ಟೋ ಜನರು
ಯಾವುದೆ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದಿದ್ದರೂ, ಅಂತಹದರಲ್ಲಿ
ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ನೋಡಿದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆದು
ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸ
ಬಹುದು.

ಬಲಿಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗವಿದ್ದಾಗ ಜ್ವರ,ಕೆಮ್ಮು, ಸುಸ್ತು,
ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ, ರಕ್ತ ಕಫ ಮತ್ತು ಶರೀರದ ಕೃಶತ್ವದಂತಹ
ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ
ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಒಂದೇ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡ ಕ್ಷಯ ಗಂಟು
(tuberculoma)ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬೆಳೆದುಳಿದ ಟೊಳ್ಳು
ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಇರಬಹುದು.
ಆದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಟೊಳ್ಳು ಪ್ರದೇಶವನ್ನು
ಹೊಂದಿದವರು ವಿಪುಲವಾಗಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿರುವ
ಕಫವನ್ನು ಕೆಮ್ಮಿ ಹೊರತರುವರು. ಆದ್ದಿದ್ದರೂ ಅವರಲ್ಲಿ
ಯಾವುದೇ ನಂಜಿನ ಅಂಶ (toxaemia) ಗೋಚರವಾಗದಿರ

ಬಹುದು. ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ದೈನಂದಿನ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನೂ ತಾರಗೇ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ಆದುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಅಂಗ ಬದಲಾವಣೆಗೂ ರೋಗಿಯು ತೋರಿಸುತ್ತಿರುವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೂ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ತಾಳೆ ಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ.

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಇತಿಹಾಸ (family history)ವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಗುಲಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಹಿಂದೆ ಅವರು ನರಳಿದ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಗತಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳು ಗೊಬ್ಬರ (measles), ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು (whooping cough) ಗಳಂತಹ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬೆಳೆಯುವಿಕೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗವು ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳುವ ವಿಧಾನ ನಿಧಾನವಾಗಿ, ಕೆಲವು ಕಡೆ ಏಕಾ ಏಕಿ ಚುರುಕಾಗಿ (acute) ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಅಂತಹ ಕಡೆ ತುಂಬ ಏರಿದ ಜ್ವರ, ದೈಹಿಕ ಕೃಶತೆ,ನಿಶ್ಶಕ್ತಿ, ತೂಕದ ಇಳುವರಿ ಮತ್ತು ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುತ್ತದೆ. ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಪ್ರಕಟ ಗೊಂಡಾಗ ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ, ತೂಕದ ಇಳುವರಿ, ಆಹಾರದ ಮೇಲೆ ಇಷ್ಟವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ನಿಶ್ಶಕ್ತಿ, ರಕ್ತಕಫ, ಎದೆ ನೋವು, ಉಬ್ಬಸ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಈ ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ರೋಗಿಯು ಕೊಡುವ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಹೊರಬಿದ್ದು ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ತುಂಬ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ.

ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಎಲ್ಲ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾಗಿ ಎಲ್ಲರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವ ಪ್ರಮುಖ ಗುಣಲಕ್ಷಣ. ಅಲ್ಲದೆ ಅದು ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೊದಲು ತೋರಿಬರುವ ಲಕ್ಷಣ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿರುವದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಕಫವೂ ಬರುವದಿಲ್ಲ. ಏನೋ ಗಂಟಲು ಸರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮುವಂತೆ ತೋರಿ ದರೂ, ಅದು ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಲೋಳೆ ಯಂತಹ ಕಫವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುವರು. ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳು ಕಾಣಿಸುವದಿಲ್ಲ. ರಾತ್ರಿ ಮಲಗುವಾಗ ಕೆಮ್ಮು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಹಗಲು ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಗಮನ ಸೆಳೆ ಯುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚು ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮ ವಾದ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಧೂಳಿ ನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ನಡೆದಾಡಿದ ಮೇಲೆ ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುವುದು. ರೋಗವು ಬೆಳೆದು ನಿಂತಮೇಲೆ ಕೆಮ್ಮು ಸದಾ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕಫವು ಬರತೊಡಗುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶವು ಟೊಳ್ಳಾದಾಗ ಒಮ್ಮೆ ಕೆಮ್ಮತೊಡಗಿದರೆ ಅದು ಪದೇ ಪದೇ ಬರುತ್ತ ಬಹಳ ಹೊತ್ತು ಇರುತ್ತದೆ. ಆ ಟೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಅಡಗಿದ ಕಫವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುವವರೆಗೂ ಅದು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಆದರೆ ಕೆಮ್ಮಿನ ತೀವ್ರತೆಯು ರೋಗದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಟೊಳ್ಳಿನ ಗಾತ್ರವನ್ನಾಗಲೀ ಅವಲಂಬಿಸಿಲ್ಲ.

ಅನೇಕರು ತಮ್ಮ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮಿನಿಂದ ನರಳದೆ ಇದ್ದು ಏನು ಸೆಗಡಿ ಜಡ್ಡಾದ ಮೇಲೆ ಕೆಮ್ಮುತ್ತಲೇ ಇದ್ದು, ಅದ ರಿಂದಲೇ ಉದ್ಭವವಾಗಿದೆಯೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವರು. ಆದರೆ ಆ ರೋಗದಿಂದ ಗುಣಮುಖರಾದಮೇಲೂ ಅನೇಕ ವಾರ ಕೆಮ್ಮು

ತ್ತಲೇ ಇದ್ದರೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿ
ಕೊಳ್ಳಲು ಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ರೋಗವು ಬೆಳೆದ ಮೇಲೆ ಕೆಮ್ಮಿನ ಸಂಗಡ ಕಫ ಬರುತ್ತದೆ
ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಫ ಉತ್ಪನ್ನವಾದರೂ ಅವರು ಅದನ್ನು ಹೊರಕ
ಉಗಿಯದೆ ನುಂಗುತ್ತಾರೆ. ರೋಗದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬರೀ ಒ
ಕೆಮ್ಮು ಇದ್ದರೂ, ಅದು ರೋಗ ಬೆಳೆದಂತೆ ಕಫದಿಂದ ಕೂಡಿ
ರುವುದಲ್ಲದೆ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತದ
ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕಫ (ಶ್ಲೇಷ್ಮ) ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿದ್ದ
ಜೊಲ್ಲಿನಂತೆ ತೋರಿಬಂದರೂ, ಅದು ಕ್ರಮೇಣ ಗಟ್ಟಿಯಾ
ಲೋಳೆಯಂತಾಗಿ ಬಿಳಿ ಇಲ್ಲವೆ ತೆಳುಹಳದಿ ಛಾಯೆಯನ
ಹೊಂದಬಹುದು; ಮುಂದೆ ಕಂದು ಬಣ್ಣವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು
ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಕಫ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ದುಂಡಗೆ ನಿಲ್ಲುವುದು. ಇದರಲ್ಲಿ ವಾಸ
ಯಿರುವದಿಲ್ಲ. ರೋಗ ಬಲಿತು ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಕಿರುಕವಲುಗಳ
ಅಗಲಗೊಂಡು ಕಫ ಸಂಗ್ರಹವಾಗಿ ಇನ್ನಿತರ ಜೀವಾಣುಗಳ
ಬೆಳೆದಾಗ, ಕಫಕ್ಕೆ ದುರ್ಗಂಧ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಜ್ವರ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿಬರು
ಲಕ್ಷಣ. ವಿಷಮಜ್ವರ,ಮಲೇರಿಯಾ, ನ್ಯೂಮೋನಿಯಾದಂತೆ ಒಂದ
ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಜ್ವರ ಒಳಪಟ್ಟದುದಲ್ಲ; ಅಲ್ಲದೆ ಅದು ಒಂ
ತರನಾಗಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೋರಿಬಂದರೂ ಕ್ಷಯರೋಗ
ಜ್ವರಕ್ಕೆ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಗುಣವಿದೆ, ಬೆಳಗಿನ ಹೊತ್ತಿನ
ಉಷ್ಣತೆಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಸಂಜೆಯಾದ
ಮತ್ತು ರಾತ್ರಿಯ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ತಲೆದೋರುತ್ತದೆ. ಅ

ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅನೇಕರಿಗೆ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿ ಕಡಿದು ಹೋಗುತ್ತದೆ; ತುಂಬಾ ಸುಸ್ತಾದಂತೆ ತೋರುತ್ತಾರೆ. ರಾತ್ರಿಯ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಮೈ ಬೆವರುತ್ತದೆ. ಇದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮುಖದಲ್ಲಿ, ಕತ್ತು ಮತ್ತು ಬಗಲಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೋರಿ ಬರುವುದಲ್ಲದೆ ಆ ಬೆವರಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ವಾಸನೆಯಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಬಲಿತಂತೆಲ್ಲ ಜ್ವರದ ಅವಧಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ದಿನವಿಡೀ ಅದು ಗೋಚರಿಸಿದರೂ ಅದು ಸಂಜೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಾಗ ಜ್ವರ ತನ್ನ ಪರಾಕಾಷ್ಠೆಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಬಹುದು. ದಿರ್ಘಾವಧಿಕಾಲ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಬೆಳೆದು ಬಂದ ಕಡೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಗ್ಗಿ ಹೋದಾಗ ನೋಡಲು ಸಾಮಾನ್ಯ ಉಷ್ಣತೆ ಹೊರಗೆ ಕಾಣಿಸಿದರೂ ರೋಗ ಒಳಗೇ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಈ ರೋಗದ ಮತ್ತೊಂದು ಗುಣಲಕ್ಷಣ. ಕೆಮ್ಮಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಬಂದರೆ ಅನೇಕರು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಕೂಡಲೇ ತಳೆಯುವರು. ಕೆಮ್ಮಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ತೋರಿಬರಬಹುದಾದ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಅನೇಕವಿದ್ದರೂ ರೋಗಿಯು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಮೊದಲು ಭಾವಿಸುತ್ತಾನೆ. ಒಂದು ರೀತಿಯಿಂದ ಆ ಭಾವನೆ ಒಳ್ಳೆಯದೇ, ಏಕೆಂದರೆ ಅದು ಅವನನ್ನು ಯೋಗ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗವು ಹೆಚ್ಚು ಬಲಿತವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಅದು ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಬಹುದು. ಇನ್ನು ಕೆಲವ

ರಲ್ಲಿ ಅದೇ ರೋಗದ ಪ್ರಥಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣವಾಗಿರಬಹುದು. ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು ತೋರಿ ಬರುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾಗಬಹುದು ರೋಗ ಬಹುವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದಿರುವವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಯಾವಾಗ ಬೇಕಾದರೂ ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಹೊರಬೀಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಪ್ರಮಾಣ ಮಾತ್ರ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯವರಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ತೆರನಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅದು ಗಮನೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ದಲ್ಲಿರದಿರಬಹುದು. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಹೊಳೆಯುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹೊರಬಂದು ಅದೇ ಮರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗ ಬಹುದು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕೊಳೆತು ಹೋಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶ (necrosis) ಇಲ್ಲವೆ ಟೊಳ್ಳು ಉಂಟಾದ ಪ್ರದೇಶದ ಹೊರ ಪದರಿನ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆಯಿಂದ ಒಡೆದು ಹೋದ ರಕ್ತನಾಳ ದಿಂದ ರಕ್ತ ಹೊರಬರಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ವ್ರಣವೊಂದ ರಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಕ್ಷಯ ಗಂಟಿನ ಸುತ್ತಲಿನ ಲೋಮನಾಳಗಳಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ.

ತೂಕದ ಇಳುವರಿಯಾಗಿ ದೇಹ ಕೃಶಗೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಇದು ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ನಂಜಿನಿಂದ ಮತ್ತು ದೇಹದ ಉಷ್ಣತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಜೀವಸ್ತುಕರಣಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ದೇಹದ ಸವಕಳಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಹಸಿವೆಯಾಗದಿರುವಿಕೆ ದೇಹದ ಸದೃಢತೆಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗಿರುವ ನೆಣ ಕರಗಿಹೋಗಿ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಅನುವಳಿಕೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅದರ ಫಲವಾಗಿಯೇ

ಸುಸ್ತು, ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ತಲೆದೋರಿ ದೇಹದ ದುರ್ಬಲತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಬೆಳೆದಂತೆ ಇದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗಿ ನಿತ್ರಾಣಗೊಂಡು ಚಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗವು ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾದಂತೆ ಉಬ್ಬಸ ತಲೆದೋರುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸೋಚ್ಛ್ವಾಸ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರವಹಿಸುವ ಪುಪ್ಪುಸದ ಗಾತ್ರ ರೋಗದಿಂದ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತ ಸಾಗಿದಂತೆ ದಮ್ಮು ಹೆಚ್ಚುತ್ತ ಹೋಗುವುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಉಬ್ಬಸ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ನೀರು ಸಂಗ್ರಹವಾದಾಗಲೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ನೀರಿನಿಂದ ಬಿರಿದ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲ ಅದರಡಿಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಮುದುಡಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಮತ್ತೊಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿನ ಪುಪ್ಪುಸದ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೂ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯದ ವ್ರಣ ಒಡೆದು ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕ ಬೆಳೆಸಿದಾಗ, ಗಾಳಿಯು ಅದರಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡು 'ಎದೆಗಾಳಿ' (Pneumothorax) ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿ ಉಬ್ಬಸವನ್ನು ಪ್ರಮುಖ ಗುಣಲಕ್ಷಣವನ್ನಾಗಿ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲಕ್ಕೆ ರೋಗ ಹಬ್ಬಿದಾಗ ಎದೆನೋವು ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಇದು ಒಂದು ಪಕ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ, ಜೋರಾಗಿ ಉಸಿರು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ, ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ನೋವು ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಕಫದಲ್ಲಿ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ವಿಸರ್ಜಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಮೂಲಕ ಮೇಲಕ್ಕೇರಿ

ದನಿನಾಳ (larynx)ದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿದಾಗ ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದಿ ಗೊಗ್ಗರು ಧ್ವನಿ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ: ಜೀವನ ವಿಕಸಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಎಳೆಯರು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ (primery tuberculosis) ವನ್ನು ಪಡೆದರೂ ಹೊರಗಡೆ ರೋಗವಿದ್ದ ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣವನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ರೋಗದ ವಿವಿಧ ತೀವ್ರತೆಯು ತೋರಿಬರುವುದು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ರೋಗವು ಚುರುಕಾಗಿ ಸಾವೆ (miliary)ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಪುಪ್ಪುಸದುರಿ (pneumonic) ಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲವರಲ್ಲ ಕೆಲ ಕಾಲ ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ಆಹಾರ ಸೇರದಿರುವಿಕೆ, ಸುಸ್ತು– ಈ ರೀತಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇನ್ನು ಕೆಲವರ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಫ್ಲೂ ನಿಂದ ಉಂಟಾದುದೆಂದು ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಈ ರೀತಿ ಮಕ್ಕಳು ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದನ್ನು ಟ್ಯುಬರ್ ಕ್ಯಾಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದು ಯಾವಾಗ ಉಂಟಾಯಿತೆಂದು ಹೇಳಲು ಬಾರದು. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ಸುಸ್ತು ಬಿಡದೆ ಉಳಿದರೆ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಶಂಕೆ ಪಡಬೇಕು. ಯಾರಾದರೂ ಸಮೀಪವರ್ತಿ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವಿದ್ದರೆ, ಕೃಶಹೊಂದುತ್ತ ನಡೆದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಆ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಆಗಿನ್ನೂ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಹೊಂದುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯ ಪರಿಮಿತಗೊಳ್ಳದೆ ರಕ್ತಾಂತರ (haematogenous) ವಾಗಿ ದೇಹಾದ್ಯಂತ ಹರಡಿ ಹೋಗಬಹುದು. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಸಾವೆಕ್ಷಯವುಂಟಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹದಗೆಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಜ್ವರ, ಕಷ್ಟದ ಉಸಿರಾಟ, ಕೆಮ್ಮು ತಲೆದೋರಬಹುದು. ಮೆದುಳ ಪರೆಗೆ ಕ್ಷಯ ಹರಡಿ ತಲೆನೋವು, ವಾಂತಿ, ಜ್ವರ, ಸೆಟೆದ ಕತ್ತು ತೋರಬಹುದು, ಎದೆ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಇಲ್ಲದೆ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವಂತೆ ರೋಗ ಬೆಳೆಯಬಹುದು.

ಮುದುಕರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ: ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವು ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಸಿಗುವುದು. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಹ ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮುದುಕರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತಿದೆ. ಇವರು ಇತರರಿಗೆ ರೋಗವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ತೋರಬರುವ ಕೆಮ್ಮು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ಉಂಟಾದುದೆಂಬ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಬಾರದೇ ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಈ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅದರಲ್ಲಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಅಲಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ದೇಹದಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕುಂದಿದಾಗ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಅವರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಉರಿಯ ಫಲವೆಂದಾಗಲೀ ಅಥವಾ

ಪದೇ ಪದೇ ಬರುವ ಫ್ಲೂನ ಪರಿಣಾಮವೆಂದಾಗಲೀ ಪರಿಗಣಿಸುವು ದುಂಟು. ಹಾಗೆ ಆ ರೋಗಗಳಿಂದ ಅವರು ನರಳಿ ಮೇಲೆದ್ದ ಮೇಲೂ ಕೆಮ್ಮು ಉಳಿದುಕೊಂಡು ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದೇಹ ದೊಳಗೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ತೂಕದ ಇಳಿಂವರಿ ಸುಸ್ತು ತೋರಿಬಂದರೂ ಅವುಗಳನ್ನೂ ವಯೋಧರ್ಮದ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಮೇಯ ಸಾಮಾನ್ಯ. ಆ ರೀತಿಯಾಗಿ ಕೆಮ್ಮು ಅಕಾರಣವಾಗಿ ಉಳಿದರೆ ಕಫವನ್ನು, ಎದೆ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಕ್ಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಆ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರ ಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕು.

ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ : ಕ್ಷಯರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಯರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ಅದು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಕೂಸಿನ ಮೇಲೆ ಯಾವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರು ತ್ತದೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಚುರುಕಾದ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಸ್ತ್ರೀಯರು ಗರ್ಭ ತಳೆಯುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ. ಹಾಗೇನಾದರೂ ಆದರೆ, ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ತಪ್ಪದೆ ಔಷಧಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಆರು ತಿಂಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಮುಂದುವರೆಸಬೇಕು. ಚುರುಕಾದ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ತಾಯಂದಿರಿಂದ, ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಮಗುವನ್ನು ದೂರವಿರಿಸ ಬೇಕು. ಅಂತಹ ಮಗುವಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ವಿರೋಧಿ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವಂತೆ ಬಿ. ಸಿ ಜಿ. ಚುಚ್ಚುಲಸಿಕೆ ಯನ್ನು ಕೊಡಿಸಬೇಕು.

೬. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಕ್ಷಯರೋಗ ಬೆಳೆದವರಲ್ಲಿ ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡ ಮುಖ, ಕ್ಷೀಣಗೊಂಡ ದೇಹ, ಒಳಸೇರಿದ ಕೆನ್ನೆಗಳು, ಸವಕಳಿಹೊಂದಿದ ಮುಖ, ಸ್ನಾಯುಗಳು, ಬಾಗಿದ ಬೆನ್ನು ಹೊಳೆಯುವ ಒಳಸೇರಿದ ಕಣ್ಣುಗಳು ತೋರಿಬರಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ವಿವರಣೆ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸಿಕ್ಕುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಲ್ಲ. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ಇಂತಹುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿರಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿಲ್ಲ. ಎದೆ ಚಪ್ಪಟೆ (flat) ಯಾಗಿರಬಹುದು; (ಚಿತ್ರ ೪) ಮತ್ತು ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ತೋರಿಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಸವಕಳಿ ಹೊಂದಿರುವಂತೆಯೇ ಎದೆಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಸಹ ಸವಕಳಿಹೊಂದಿ ಎದೆ ಮೂಳೆಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೫)

ಅಲ್ಲದೆ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿದು ಹೋದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಕುಗ್ಗಿ ಬಿರುಸಾ (fibrosis)ದಾಗ ಅತ್ತಣ ಎದೆಯ ಪ್ರದೇಶ ಚಪ್ಪಟೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೬) ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಇಲ್ಲವೆ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ ಆ ಪಕ್ಕೆಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರದೇಶ ಎದ್ದು ತೋರಬಲ್ಲದು. ಅಂತಹ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶಗಳಿದ್ದಾಗ ಉಸಿರು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಚಲನೆ, ಇನ್ನೊಂದು ಪಾರ್ಶ್ವಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶವನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಎದೆಯ

ಪ್ರದೇಶದ ಚಲನೆ ಕಡಿಮೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೂ ಎದೆಯ ವೀಕ್ಷಣೆ (Inspection) ಮತ್ತು ಸ್ಪರ್ಶ (Palpation)ದಿಂದ ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಸವಕಳಿ ಹೊಂದಿದ ಸ್ನಾಯುಗಳನ್ನು ಬೆರಳ ತುದಿಯಿಂದ ಬಡಿದಾಗ ಅವು ಎದ್ದು ನಿಲ್ಲುವುವು. ರೋಗಿಷ್ಟ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಒತ್ತಡ ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯಿಲ್ಲದೆ ಕಲಿಜದಂತೆ ಗಟ್ಟಿಯಾದಾಗ, ಕುಸಿದಾಗ ಮತ್ತು ಕಿರಿದಾದಾಗ ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಮೇಲೆ ಬೆರಳನ್ನಿಟ್ಟು ಅದನ್ನು ಮತ್ತೊಂದು ಬೆರಳ ತುದಿಯಿಂದ ಬಡಿದಾಗ (Percussion) ಹೊರಬರುವ ನಾದ ಪ್ರತಿಧ್ವನಿ (resonant) ಗೊಳ್ಳದೆ ಉಡುಗಿ (impair) ಹೋಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಮಂದ (dull) ವಾಗಿ ಕೇಳಿ ಬರಬಹುದು. ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಅದು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರತಿಧ್ವನಿತಗೊಳ್ಳುವುದು.

ಎದೆಯನ್ನು ಎದೆದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ ಆಲಿಸಿದಾಗ(auscultation)(ಚಿತ್ರ೭)ಶ್ವಾಸದ ಶಬ್ದ ದುರ್ಬಲವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರಬಹುದು; ಇಲ್ಲವೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ಅಪಸ್ವರದಂತೆ ಕೇಳಿಬರಬಹುದು. ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎದೆಯ ಶಿರೋಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವದು. ಕ್ಷಯ ಗಂಟುಗಳೆಲ್ಲ ಒಂದೆಡೆ ಸೇರಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಗಾಳಿಯಿಲ್ಲದೆ ಗಟ್ಟಿಯಾದಾಗ ಉಸಿರುನಾಳದ ಮೇಲೆ ಕೇಳುವಂತೆ ಬಿರುಸಾದ ಶ್ವಾಸ ಕೇಳಿಬರುತ್ತದೆ ಶ್ವಾಸ ಶಬ್ದವಲ್ಲದೆ ಇತರ ಪಿಟಿ ಪಿಟಿ ಶಬ್ದಗಳು ಶ್ವಾಸೋಚ್ಛ್ವಾಸದ ಆದಿ ಅಂತ್ಯದಲ್ಲಿ ಕೇಳಿಬರಬಹುದು. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಟೊಳ್ಳು ಉಂಟಾದಾಗ ಶ್ವಾಸ ಶಬ್ದ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಉಸಿರು ಬಿಟ್ಟಂತೆ ತೋರುವುದು. ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ-ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ ಶ್ವಾಸ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

೭. ನಿರ್ಧಾರಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು

ಎದೆಯ ಚಿತ್ರ: ಕ್ಷ ಕಿರಣ ಪಟಲ (screening) ದ ಮೂಲಕ (ಚಿತ್ರ ೮) ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಸ್ವಲ್ಪ ಕ್ಲಿಷ್ಟವಾದರೂ ಉಸಿರಾಟದ ಎಲ್ಲ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಕೆಮ್ಮಿದ ಅನಂತರ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕೋನಗಳಿಂದ ಎದೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು. ಒಮ್ಮೆ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ (x-ray) ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆದು ರೋಗದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ ಮೇಲೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ರೋಗದ ವೃದ್ಧಿ ಅಥವಾ ಹಿನ್ನಡೆಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಇದು ತುಂಬಾ ಸಹಕಾರಿ.

ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದುದು. ರೋಗಿಯು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟ ಪಡಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎದೆಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಎದೆಯ ಚಿತ್ರಪಟದಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೂ ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೆ ಗಂಡಾಂತರ ಪಾರಾದ ನಿಟ್ಟುಸಿರು ಬಿಡಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಬೇರೆ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವಾಗ ಸುಮ್ಮನೆ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಛಾಯೆಗಳು ಕಂಡು ಬರಬಹುದು. ಎದೆಯ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆ (opacity) ಕ್ಷಯ ರೋಗಜನ್ಯವೆಂದು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ ದೃಢ ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಒಂದೇ ಒಂದು ಚಿತ್ರದ ಮೇಲೆ ರೋಗವು ಗುರುಕಾದುದೆಂದು ತಿಳಿಯಲು ಬರುವಂತಿಲ್ಲ. ಕೆಲ ಸಮಯದ

ಅನಂತರ ತೆಗೆದ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಅದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪಸದ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶ ವೊಂದರಲ್ಲಿ ಉರಿಯುಂಟಾಗಿ ಅನಂತರ ಅಲ್ಲಿಂದ ಹೊರಬರುವ ದುಗ್ಧರಸನಾಳ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿನ ದುಗ್ಧರಸಗ್ರಂಥಿ ದೊಡ್ಡ ದಾಗುವವು. ಇಂತಹ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶದ ಒಂದೆಡೆ ಬಿಳಿಯ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಛಾಯೆ ಅಲ್ಲಿಂದ ಅನೇಕ ರೇಖೆಗಳು ಕೇಂದ್ರದತ್ತ ಎಳೆದಂತೆ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದುಂಡನೆಯ ಬಿಳಿಯ ಛಾಯೆ ತೋರಿಬರುವದು. ರೋಗವು ಮಾಯ್ದು ಹೋದ ಮೇಲೆ ಅದು ಇದ್ದು ಹೋದುದರ ಕುರುಹಾಗಿ ಸುಣ್ಣಕಲ್ಲಿನ ಛಾಯೆಗಳು(calcification) ಕಂಡು ಬರುವುವು.

ರೋಗವು ಬೆಳೆಯುತ್ತ ಹೋದಂತೆ ವಿವಿಧರೀತಿಯ ಛಾಯೆ ಗಳು ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತವೆ. ಅರಳೆಯಂತೆ ಹಿಂಜಿದ ದುಂಡನೆಯ ಛಾಯೆಗಳು ಎದೆಯ ಶಿರೋಭಾಗದಲ್ಲಿ (ಚಿತ್ರ ೯) ಇಲ್ಲವೆ ಎರಡೂ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹರಡಿರುವುದು ತೋರಿಬರಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೧೦). ರೋಗ ಬಲಿತಂತೆ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶಗಳ ಗಾತ್ರ ಸಹ ಕಿರಿದಾಗಿ ಹೋಗುವುದು. ಆ ಪ್ರದೇಶ ಒಂದು ಕಡೆಗೆ ಪರಿಮಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಅಲ್ಲಿನ ಎದೆಯ ಭಾಗ ಕಿರಿದಾಗಿ, ಎದೆಮೂಳೆಗಳೆಲ್ಲ ಒಟ್ಟಾಗಿ ತೋರಿ ಬಂದು ತನ್ನೆಡೆ ಉಸಿರುನಾಳ (trachee) ಮತ್ತು ಹೃದಯನ್ನು ಸೆಳೆದುಕೊಂಡು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಗ್ಗಿ ಬಿರುಸಾದುದನ್ನು ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೧೧).

ರೋಗವು ಒಂದೆಡೆ ಪರಿಮಿತಗೊಂಡು, ಕೊಳೆತು ಟೊಳ್ಳಾದಾಗ ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿನ ಟೊಳ್ಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಹೊರ ಮೈಯನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು (ಚಿತ್ರ ೧೨).

ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ ಇಡೀ ಪ್ರದೇಶವೆಲ್ಲ ಬೆಳ್ಳಗೆ ತೋರಿಬರುವುದಲ್ಲದೆ, ಆ ಛಾಯೆ ಭುಜದತ್ತ ಏರಿರುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೩) ಉಸಿರುನಾಳ ಮತ್ತು ಹೃದಯವು ಮತ್ತೊಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದತ್ತ ದೂಡಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿ ಸೇರಿದಾಗ, ಆ ಪ್ರದೇಶ ತುಂಬಾ ಕಪ್ಪಾಗಿ ತೋರಿಬರುವುದು. ಅಲ್ಲಿ ಪುಪ್ಪುಸ ಇದ್ದ ಕುರುಹುಗಳು ತೋರಿಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯಿಲ್ಲದೆ ಕುಸಿದು ಹೃದಯದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಮುದುಡಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೧೪) ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಎರಡು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗವು ಗಂಟು ಗಂಟಾಗಿ ಸಾವೆ ಕಾಳಿನಂತೆ ಹಬ್ಬಿ ಹೋಗಿರುವ ಸಾಪೇಕ್ಷಯವನ್ನು ಎದೆಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು ದುಂಡನೆಯ ಬಿಳಿಯ ಚಿಕ್ಕ ಚುಕ್ಕಿಗಳಂತೆ ಎರಡೂ ಪುಪ್ಪುಸದಲ್ಲಿ ಅವು ಹರಡಿ ಹೋಗಿರುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ. ೧೫)

ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ: ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳುವುದು ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆಯೇ. ಕಫ ಬರುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಫವನ್ನು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯು ಹೊರ ತರುವ ಕಫವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ

ಶೇಖರಿಸಿ ಅದರಲ್ಲಿನ ಲೋಳೆಯಂತಹ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಗಾಜಿನ ತುಂಡಿನ ಮೇಲೆ ಹರಡಿ, ಅದನ್ನಲ್ಲಿ ಭದ್ರವಾಗಿ ಅಂಟಿಸಿ ಬಣ್ಣಕೊಟ್ಟು, ಶಾಖಕೊಟ್ಟು, ಆಮ್ಲ ಮತ್ತು ಮದ್ಯಸಾರದ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಅದನ್ನೀಡುಮಾಡಿ, ಮತ್ತೆ ತಿರುಗಿ ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಅನಂತರ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವರು ಗುಲಾಬಿ ರಂಗಿನ ಉದ್ದನೆಯ ನೀಳ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ ಒಂದು ದಿನದ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಇವುಗಳ ಇರುವಿಕೆ ತೋರಿಬರದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತೆರಡು ದಿನ ಬಿಡದೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು; ಅಲ್ಲದೆ ೨೪ ಘಂಟೆಗಳ ಪರ್ಯಂತ ಕಫವನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿ, ಒಟ್ಟಾಗಿಸಿದ ಕಫವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು.

ಈ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಾರದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ತಳಿಯೆಬ್ಬಿಸಿ ನೋಡಬೇಕಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲೆಯ ಪ್ರಾಣಿಗಳಿಗೆ ಅದನ್ನು ಚುಚ್ಚಿ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಕಫವನ್ನು ನುಂಗಿಬಿಡುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ರಬ್ಬರ್ ನಳಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಿ ಆ ರಸವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಬಣ್ಣ ಕೊಟ್ಟು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಟ್ಯೂಬರ್ ಕ್ಯುಲಿನ್ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ: ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಆಗಮನದಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆ ಹೊಂದಿದ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಟ್ಯುಬರ್ ಕ್ಯುಲೀನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ರೋಗವು

ಇದ್ದು ಹೋದುದನ್ನೂ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಅದ್ದರಿಂದ ಇದು ರೋಗ ನಿದಾನಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ಸಹಾಯಕವಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಿದ ಆರು ವಾರಗಳ ನಂತರವೇ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುವುದು. ಇದನ್ನು ತೋರಿಸದ ಮಕ್ಕಳು ಕೆಮ್ಮು ಜ್ವರದಿಂದ ಅನೇಕ ದಿನ ನರಳಿದ ಮೇಲೆ, ಇಂತಹ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಅವರ ಮೇಲೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಟ್ಯುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಚುಚ್ಚಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕ ಗಂಟನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೆ ಆ ಮಗು ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕೀಡಾದುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಚರ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ೧೫ ವರುಷದ ಅನಂತರದವರಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಎಲ್ಲರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದುದರಿಂದ ಇದರ ಮಹತ್ವ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ: ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದರೂ ಅದರ ಚುರುಕುತನ ನಿರ್ಧರ ಅಗತ್ಯವಾದುದು. ರೋಗವು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಪ್ರತಿ ನಾಲ್ಕು ಗಂಟೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಉಷ್ಣತೆಯಿಂದ, ದೇಹದ ತೂಕದ ಮಾಪನದಿಂದ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಜ್ವರ, ಇಳುವರಿತೂಕ ಚುರುಕಾದ ಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ. ರಕ್ತವನ್ನು ಗಾಜಿನ ಕೊಳವೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟದಂತೆ ಮಾಡಿ ನಿಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಅದರಲ್ಲಿನ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ವೇಗವಾಗಿ ತಳ ಸೇರುತ್ತವೆ (Erythrocyte Sedimenatation Rate). (ಚಿತ್ರ ೧೬). ರೋಗವು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುತ್ತ ಬಂದು ಹಿಡಿತಗೊಂಡಾಗ ಕಣಗಳ ವೇಗ ಗತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

೮. ಮುನ್ನೋಟ

ರೋಗಿಯ ಇತಿಹಾಸ, ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎದೆಯ ಚಿತ್ರ, ಕಫ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ—ಇವು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಇರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅದರ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಗುರುತು ಹಚ್ಚುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಸಮಯದಲ್ಲಿಯೇ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ, ರೋಗಿಯ ಚೇತರಿಕೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಆಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ, ಬಿಡದೆ ಕೈಕೊಂಡರೆ ರೋಗಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಾನೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಭಯಾನಕವಾದ ಸಾವೆಕ್ಷಯ, ಮೆದುಳು ಪರೆ ಯುರಿತ ಸಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗವು ದೀರ್ಘಾವಧಿಕಾಲ ರೋಗಿಯನ್ನು ನರಳಿಸ ಬಲ್ಲದುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೀವ್ರವಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಹಿಡಿತ ದಲ್ಲಿ ತರಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಹಕಾರ ಅತ್ಯಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘಾವಧಿಕಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜಟಿಲವಾಗು ವುದು, ಮತ್ತು ಅಜೇಯ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗಲು ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯುವುದು.

ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಚುರುಕಾಗಿ ತೋರಿಬರುವುದು. ಆದುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಲ್ಲವಾದರೆ ಮುನ್ನೋಟ ಹಿತಕರವಾಗಿರುವು ದಿಲ್ಲ. ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತ

ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಭಾಗವನ್ನು ನಾಶ ಮಾಡುತ್ತ ಹೋಗುವುದು. ಎದೆ ಚಿತ್ರದ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯ ಉಂಟಾದ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅದು ಸಾಧಾರಣವೋ, ವಿಸ್ತೃತವೋ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪುಪ್ಪುಸದೊಳಗೆ ಟೊಳ್ಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದರೆ ಪರಿಣಾಮ ಕೆಟ್ಟದು. ರೋಗ ಶ್ವಾಸನಾಳಕ್ಕೆ, ದನಿನಾಳಕ್ಕೆ ಹಬ್ಬಿದ್ದರೆ ರೋಗ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬರುವುದು ದುಸ್ತರವಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದೆ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಉಳಿದರೆ ರೋಗದ ಭೀತಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ವಿಪುಲವಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಪದೇ ಪದೇ ಉಂಟಾದರೆ ರೋಗಿ ನಿಸ್ತೇಜಗೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ.

ಇಂದು ದೊರೆಯುವ ಔಷಧಿಗಳು ರೋಗವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರಬಲ್ಲವಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಹದಿನೆಂಟು ತಿಂಗಳು ಬಿಡದೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಬಿಂಬಿಸಬೇಕು. ಔಷಧಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಉದ್ಭವವಾದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುವುದು. ರೋಗವು ಗುಣಹೊಂದುವವರೆಗೂ ರೋಗಿಯು ಪದೇ ಪದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕು. ಪ್ರಯೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ರೋಗದ ಚುರುಕುತನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ರೋಗ ಮರುಕಳಿಸುವ ಪ್ರಮೇಯಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ.

೯. ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (chemotherapy) ಯ ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಷಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನೇಕ ಮಹತ್ತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಕಂಡು ಕೊಂಡಿದೆ. ಈಗ ದೊರೆಯುತ್ತಿರುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನವರೆವಿಗೂ ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗಿಯ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದೇ ಆಗಿದ್ದಿತು. ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಪರಿಶುದ್ಧ ಹವೆ ಮತ್ತು ತೋರಿಬರುತ್ತಿದ್ದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಕೆಮ್ಮು, ಎದೆ ನೋವು ಜ್ವರಗಳನ್ನು ಶಮನ ಮಾಡಲು ಔಷಧಿಯ ಅನುಪಾನವೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬುನಾದಿಯಾಗಿದ್ದಿತು. ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿಯೇ ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧಕ ಕೇಂದ್ರ–ಸ್ಯಾನಿಟೋರಿಯಮ್-ಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿದು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರಕಿಸಿಕೊಂಡು ಕಳೆದು ಹೋದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮರಳಿ ಪಡೆಯುವ ವಿಧಾನವೇ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿದ್ದಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯಿಸುತ್ತಿರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಉಸಿರಾಟದ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದಂತೆ ಪುಪ್ಪುಸವನ್ನು ಮುದುಡಿಸುವ (collapse) ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದ್ದವು. ಇವೆಲ್ಲ ವಿಧಾನಗಳು ರೋಗಿಗೆ ತನ್ನ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿ ರೋಗದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುತ್ತಿದ್ದವು, ರೋಗಿಯ

ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತ ಸಾಗಿದಂತೆ, ಕ್ರಮೇಣ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತ ಸಾಗುತ್ತಿದರು.

ಈಗ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ನಡೆಸಿದ ನಿಯಂತ್ರಿತ (controlled) ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ಶ್ರೇಷ್ಠತೆಯನ್ನು ಎತ್ತಿ ಹಿಡಿದಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯು ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಮಲಗದೆ. ಓಡಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ರೋಗ ವನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದ್ದು, ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ರೋಗ ವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಬಡತನದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತ, ದೊರೆಯುವ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿ; ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ದುಡಿಯುತ್ತಲಿದ್ದರೂ ಸಹ. ಔಷಧಿ ಯನ್ನು ಬಿಡದೆ ಯೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯಕಾರಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗುಣಮುಖನಾಗಬಲ್ಲ. ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಶಿಷ್ಟ ಶೋಧಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿಯೇ ಇಂದು ಕ್ಷಯರೋಗಿ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಮಲಗುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿಲ್ಲ ವಾಗಿದೆ. ರೋಗ ವಿಪರೀತವಾಗಿ ಬಲಿತು, ರೋಗಿಯು ನಂಜಿನ (toxic) ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿದ್ದಾಗ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಬೇಕಾಗುವುದು. ಉಳಿದವರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿ ಚಟು ವಟಿಕೆಯುಳ್ಳವರಾಗಿರಬಹುದು.

ಅಮೇರಿಕೆ, ಇಂಗ್ಲಂಡ್, ಪೂರ್ವಆಫ್ರಿಕೆ. ಘಾನಾ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಪ್ರಯೋಗಗಳ ಫಲವಾಗಿ, ರೋಗಿಯ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ (domiciliary) ಕೈಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಗೃಹಗಳಲ್ಲಿನ ವಾಸ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ನೀಡುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿದೆ. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲ ಅದರಷ್ಟೇ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಕಫದಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಅಗೋಚರವಾಗುವುದು ಮತ್ತು ರೋಗ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರಮೇಯಗಳು ಎರಡೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಪಡೆಯುವ ಇತರರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ರೋಗದಲ್ಲೂ ಮಹತ್ತರ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ, ಆದುದರಿಂದ ಹಿಂದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದ ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಆಹಾರ, ಹವಾಗುಣ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಮಹತ್ವ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರಥಮ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ದೊರೆತಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿನ ಮುಖ್ಯಗುರಿ, ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗವನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತರುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ರೋಗದ ಮರುಕಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದೂ ಆಗಿದೆ. ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನವಾದುದಾಗಿದೆ. ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಆಯ್ದ ಔಷಧಿಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದವುಗಳಾಗಿರಬೇಕು. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಸಹಕಾರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಎರಡು ಗುಂಪಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿದ್ದಾರೆ – ಪ್ರಥಮ ಮತ್ತು

ದ್ವಿತೀಯ. ಪ್ರಥಮ (Primary) ದರ್ಜೆಯ ಔಷಧಿಗಳು ಪ್ರಬಲವಾದ ಕ್ಷಯ ವಿರೋಧಿ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳು ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಬೀರಬಹುದಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಗಳು ಸಹ ಕಡಿಮೆ. ಐಸೋನಿಯಜೆಡ್, ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೊಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸ್ಯಾಲಿಸಿಲಿಕ್ ಆಮ್ಲ–ಈ ಮೂರೂ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಭಾವ ಅವುಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸಿದ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿಯೇ ಇದೆ. ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಬಳಕೆಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ಥಯೋ ಸೆಮಿಕಾರ್ಬ ಸೋನ್ ಇದೇ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿಸುವ ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ದ್ವಿತೀಯ (Secondary) ದರ್ಜೆಯ ಔಷಧಿಗಳು ದೇಹದ ಮೇಲೆ ವಿಪರೀತ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಕ್ಷಯ ವಿರೋಧಿ ಶಕ್ತಿಯೂ ಅಷ್ಟೊಂದು ಶ್ರೇಷ್ಠ ದರ್ಜೆಯದಲ್ಲ. ಪೈರಜಿನ್ ಏಮೈಡ್, ವೈಯಾಮೈಸಿನ್, ಕಾನಾಮೈಸಿನ್, ಸೈಕ್ಲೋ ಸೀರಿನ್, ಇಥೈಯೋನೇಮೈಡ್, ಪ್ರೋಥೈಯೋನೇಮೈಡ್, ಈಥಾಂಬುಟಾಲ್, ಕ್ಯಾಪ್ರಿಯೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ರಿಫಾಮೈಸಿನ್– ಇವು ಎರಡನೆಯ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ ಔಷಧಗಳಾಗಿವೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗಲೂ ಎರಡು ಔಷಧಿ ಗಳನ್ನು ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಹಾಗೆ ಉಪಯೋ ಗಿಸಿದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಈ ಔಷಧಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟ ಬಲ್ಲವು. ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ (dose) ವು ಸಾಕಷ್ಟು ಇರಬೇಕಲ್ಲದೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವನ್ನು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬಿಡದೆ ಕೈಕೊಳ್ಳ ಬೇಕು.

ಪ್ರಥಮ ದರ್ಜೆಯು ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ (Isoniazid) ಬಹು ಪ್ರಬಲವಾದುದು ಮತ್ತು ಸಾಮರ್ಥ್ಯವುಳ್ಳದುದೂ ಆಗಿದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುಮಾರಕವಾದ ಈ ಔಷಧಿ, ಜೀವಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಕಿಣ್ವ (enzyme) ಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ನಡೆಯುವ ಜೀವಸ್ತುಕರಣ (metabolism) ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಿ, ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಬಂಧಕವೂ ಆಗಿದೆ. ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕರಗುವ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಬಾಯಿಂದ ಸೇವಿಸಿದಾಗ, ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟು ದೇಹದ ಎಲ್ಲೆಡೆ, ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಾದ ಟೊಳ್ಳಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ, ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಸೇರಿದ ನೀರಿನಲ್ಲಿ, ಮೆದುಳ ಬಳ್ಳಿಯ ದ್ರವದಲ್ಲಿ, ಗಿಣ್ಣಗಟ್ಟುತ್ತಿರುವ ಕ್ಷಯು ಗಂಟಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಜೀವಕಣಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ತೆರನಾಗಿ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧಿಯು ಅತ್ಯಂತ ಸುಲಭ ಬೆಲೆಗೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ.

ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಣಿಯದಂತಾಗಲು ಬಹಳ ದಿನಗಳು ಬೇಕು. ಹಾಗೆ ಮಣಿಯದಂತಹ ಗುಣವಿಶೇಷವನ್ನು (resistance) ಕ್ಷಯಾಣು ಹೊಂದಿದರೂ ಅದು ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾದ ರೋಗಾಣುಗಳ ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯ ಶಕ್ತಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ಪ್ರಬಲವಾದುದಲ್ಲ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಬೇರೆ ಔಷಧಿಗಳೊಡನೆ ಸಮ್ಮಿಶ್ರವಾಗಿ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸದೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಒಂದನ್ನೇ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಂಡ ತೀವ್ರಗತಿಯ ರಸಾಯನ

ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿ ತಂದ ಮೇಲೆ, ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಕ ಔಷಧಿಯನ್ನಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಎಪ್ಪೋ ಬಾರಿ ರೋಗ ಬೆಳೆಯಬಹುದೆಂಬ ಭಾವನೆಯಿಂದ, ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಬುಡದಲ್ಲಿಯೇ ಕಡಿದು ಹಾಕಬೇಕೆಂದು ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ರೋಗ ನಿರೋಧಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ಒಂದರ ತೂಕಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕೈದು ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ೩೦೦ ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಔಷಧಿಯನ್ನು ದಿನವೊಂದಕ್ಕೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡುವುದು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಈ ಔಷಧಿಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ (Side effect)ವಾಗಿ ಕೈಕಾಲಿನ ನರದುರಿತ (neuritis) ತೋರಿ ಬರಬಹುದು. ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ತೂಕಕ್ಕೆ ಹತ್ತು ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗ ಅಂತಹ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಐರಿಡಾಕ್ಸಿನ್ ಎಂಬ ಬ–ಜೀವಸತ್ವವನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ೧೦ ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ (Streptomycin) ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಬಲವಾದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಮದ್ದು. ಮಣ್ಣಿನಲ್ಲಿನ ಬೂಜುಗಳಿಂದ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು, ಕೃತಕವಾಗಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ (Synthetic) ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನೊಡನೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಪ್ರಬಲ ರೋಗಾಣುಮಾರಕ ಸಮ್ಮಿಶ್ರ (Combination) ವಾಗುವುದು. ಇದನ್ನು ಸಲ್ಫೇಟ್ ರೂಪ

ದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣದಷ್ಟನ್ನು ದಿನವೂ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಚುಚ್ಚಿದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೋವುಂಟು ಮಾಡಿದರೂ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳನ್ನು ಕೊಲ್ಲುವ ಪ್ರಬಲ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ನಲವತ್ತು ವರುಷ ವಯಸ್ಸನ್ನು ದಾಟಿದವರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗದ ಕಾರ್ಯ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾರಣ ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಮುಕ್ಕಾಲು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಇಲ್ಲವೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಔಷಧಿಯನ್ನು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ದಿನ ಅಥವಾ ವಾರದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಬಾರಿ ಕೊಡುವ ಪರಿಪಾಠವಿದೆ. ಇದೊಂದೇ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಇದರ ಶಕ್ತಿಗೆ ಮಣಿಯದ (resistance) ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುವುದರಿಂದ ಇತರ ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಔಷಧಿಗಳೊಡನೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮ ತಲೆಯ ಎಂಟನೆಯವರ ಒಂದು ಭಾಗದ ಮೇಲೆ ಬೀರಲ್ಪಡಬಹುದು. ಆಗ ತಲೆ ತಿರುಗು, ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕತ್ತಲೆ, ನಡೆಯುವಾಗ ಬಿದ್ದು ಹೋಗುವ ಅನುಭವ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಔಷಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟಾಗ ತೋರಿ ಬರುವುವು. ಔಷಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಿದಾಗ ಇಲ್ಲವೇ ನಿಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಈ ತೆರನಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ದೂರವಾಗುವುವು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧಿ ದೇಹಕ್ಕೆ ಒಗ್ಗದಿದ್ದಾಗ (hyper-sensitivity) ಜ್ವರ, ಚರ್ಮತುರಿಕೆ, ಗಾದರೆಗಳು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು.

ಪಾರಾ ಅಮೈನೋ ಸ್ಯಾಲಿಸಿಲಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಕ್ಷಯಾಣು ಮಾರಕವಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಮೇಲೆ ಉಳಿದೆರಡು ಔಷಧಿಗಳು ಪಡೆದಿರುವಷ್ಟು ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿಲ್ಲ, ಆದರೂ ಅವುಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಇದನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ, ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಆ ಔಷಧಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಣಿಯದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಲ್ಲ ಅಥವಾ ದೂರಮಾಡಬಲ್ಲ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಜ್ವರವನ್ನು ಇಳಿಮುಖ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಂಜಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ದೂರಮಾಡುವಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಸಹಕಾರಿ. ಇದು ದುರ್ಬಲವಾದ ಕ್ಷಯರೋಧಕವಾದುದರಿಂದ ಅದರ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಇದು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕರಗುವದಿಲ್ಲ. ಇದನ್ನು ಚಿಕ್ಕ ಹರಳಿನ ರೂಪ (granules) ದಲ್ಲಿ ಪುಡಿ ಇಲ್ಲವೆ ಗುಳಿಗೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ೧೨ ಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಈ ಔಷಧದ ಆಮ್ಲವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ೧೫ ಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಸೋಡಿಯಂ ಅಮೈನೋಸ್ಯಾಲಿಸಿಲೇಟನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಸಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಭಾಗ ಮಾಡಿ ದಿನದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ಹಾಗೆ ಮಾಡಿದಾಗ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಇದರ ಸೇವನೆ ಆಹಾರ ನಾಳದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಓಕರಿಕೆ, ವಾಂತಿ, ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಭೇದಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಂತಹ

ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ಅನಂತರವಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಆಮ್ಲ ವಿರೋಧಿ ಔಷಧಿಗಳೊಡನೆಯಾಗಲೀ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದೇಹ ಇದರ ಸೇವನೆಗೆ ಸಹನೆಗೊಳ್ಳದೆ ಜ್ವರ, ಮೈಮೇಲೆ ಗಾದರೆ, ತುರಿಕೆ, ಹಾಲ್ರಸಗ್ರಂಥಿಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಗಳಗಂಡ (goitre)ವನ್ನು ತೋರಬಲ್ಲದು. ಈ ಔಷಧಿಯ ಬೆಲೆಯೂ ಜಾಸ್ತಿ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಷಯದಲ್ಲಿ, ಬಹು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿಯೂ ದೀರ್ಘ ಕಾಲೀನ ಫಲಕೊಡುವ ಪರಿಣಾಮ ದೊರಕುವಂತಹ ಫಲವನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ ಅದರ ಆರಂಭ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಥಮ ಘಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಬಹು ತೀಕ್ಷ್ಣ ವಾಗಿರಬೇಕು. ಎರಡು ಇಲ್ಲವೆ ಮೂರು ಪ್ರಥಮ ದರ್ಜೆಯ ಕ್ಷಯರೋಧಕಗಳನ್ನು ಆಗ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುವುದು.

ಈ ಅವಧಿಯ ಅನಂತರದ ದ್ವಿತೀಯ ಘಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯದುದಾಗಿದೆ. ಆಗ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಬಿಟ್ಟು ಉಳಿದೆರಡು ಪ್ರಥಮ ದರ್ಜೆಯ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಯೋಗವನ್ನು ಅಥವಾ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ಒಂದನ್ನೇ ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗು ವುದು. ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ವಿಸ್ತೃತರೋಗ, ಅದರಲ್ಲಿನ ಪೊಳ್ಳು, ಕಫ ಮತ್ತು ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ವಿಪುಲ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರೋಗದ ಆರಂಭ ಘಟ್ಟದ ತೀಕ್ಷ್ಣಗತಿ ಮುಮ್ಮಡಿ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ (Intensive triple chemo-therapy) ಮಣಿಯುವುವು. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಗುಣಮುಖವಾಗುತ್ತವೆ; ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿ

ಹೋಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುತ್ತದೆ,

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಥಮ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬಹು ಪ್ರಬಲವಾದ ಔಷಧಿಗಳ ಸೇರಿಕೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಸ್ನಾಯುರೂಪಾಂತರ ಚುಚ್ಚಿಗೆಯಾಗಿ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಅದರೊಟ್ಟಿಗೆ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು ೩೦೦ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ ಬಾಯಿಂದ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ೧೨ ಗ್ರಾಂ ಪಾರಾಅಮೈನೋಸ್ಯಾಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ (ಪಾಸ್) ನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರಬಲಗೊಳಿಸಲು ಸೇರಿಸಿ ತ್ರಿವಿಧ ಔಷಧಿಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗುವುದು. ಅದರ ರೋಗೋತ್ಪಾದನ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ; ಎದೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದ ರೋಗದ ಚಿನ್ಹೆಗಳು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತವೆ; ಅದರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬಂದ ಪೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿಹೋಗುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ದೂರವಾಗಿ ರೋಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದುವನು. ರೋಗಿಯ ತೂಕ ಹೆಚ್ಚುವರಿಗೊಳ್ಳುವುದು. ಕೆಂಪುರಕ್ತಕಣಗಳು ಗಾಜಿನ ಕೊಳವೆಯಲ್ಲಿ ವೇಗವಾಗಿ ತಳಸೇರುವುದು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರೋಗಾಣುಗಳ ಮೇಲೆ ಈ ಔಷಧಿಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಾಣುಗಳು ಅವುಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದಿರಬಹುದು. ಹಾಗೆ ಮಣಿಯದ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಒಂದು ಔಷಧಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇರಬಹುದು. ಈ ಮೂಲಭೂತ ತತ್ವದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯೇ ಎರಡು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡುವ ಪದ್ಧತಿ

ಯನ್ನು ಬಳಕೆಗೆ ತಂದಿದೆ. ಹಾಗೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಣಿಯಂದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವದನ್ನು ಮುಂದೂಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ತೀಕ್ಷ್ಣಗತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ತ್ರಿವಿಧ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ರೋಗಾಣುವಿನ ಮಣಿಯುದಿರುವಿಕೆಯು ಭೀತಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿಯ ಕ್ಷಯ ರೋಧಕಗಳ ಸಂಯೋಜನೆ ಎಲ್ಲ ವಿಸ್ತೃತ ಕ್ಷಯ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಟೊಳ್ಳು ಇದ್ದಾಗ ತುಂಬಾ ಅಗತ್ಯ.

ಅನೇಕ ವೇಳೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಮಣಿಯುವುದನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಪರೀಕ್ಷೆಮಾಡಿ ನೋಡುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಸಹಾಯಕಾರಿ, ಆದರೂ ಹೊಸದಾಗಿ ಗುರುತುಹಚ್ಚಿದ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗದ ಕ್ಷಯರೋಗ ವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಲ್ಲಿನ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಈ ಔಷಧಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಣಿಯಂದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದು ಎಷ್ಟೋ ನೂರಕ್ಕೆ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಬಾರಿ ಮಾತ್ರ. ಅಂತಹ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ಅದು ಒಂದೇ ಔಷಧಿಯ ವಿರುದ್ಧ; ಮೂರೂ, ಜೀವಾಣು ರೋಧಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಕ್ಷಯಾಣುರೋಧಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಣಿಯುದಿರುವಿಕೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಶ್ನೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಬಿಡದೆ ಕೊಡುವುದರ ಕಡೆ ಆದ್ಯ ಗಮನವೀಯಬೇಕು, ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾಮನ್ಯವಾಗಿ ಹದಿನೆಂಟು ತಿಂಗಳು ಮಾಡಬೇಕು. ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತು ಹಚ್ಚಿದ ಮೇಲೆ ಕೈಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಥಮ ಘಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂರು ತಿಂಗಳು ಅವಧಿಯದ್ದಾಗಿದೆ. ಅನಂತರ ದ್ವಿತೀಯ ಘಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಯನ್ನು ಉಳಿದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ತೀರ ಬಲವಾಗಿ ರೋಗ ಬೆಳೆದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪುಪ್ಫುಸದಲ್ಲಿನ ಟೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚದೆ ಉಳಿದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಕಫದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಇನ್ನೂ ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ ಪ್ರಥಮ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಐಸೋನಿಜಿಡ್‌ನ್ನು ಇನ್ನೂ ಮೂರು ತಿಂಗಳ ಪರ್ಯಂತ, ಯಾವುದೇ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ಪೂರ್ವ ಆಫ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿಂದ, ಥೈಯಸಿಟಸೋನ್‌ನ್ನು ೧೫೦ ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಯೋಜಿಸಿ ಸೇವಿಸಿದಾಗ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಮೇಲೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಬಲ್ಲದೆಂದು ದೃಢಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ಬಾಯಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ತಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು; ಅದರ ಬೆಲೆಯೂ ಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ನಿಲುಕುವಂತಹದು; ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸಮಾಡಬಲ್ಲದು ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾಗುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಸಹ ಕಡಿಮೆ. ಅದರ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಪಾಸ್‌ನಷ್ಟೇ ಪ್ರಬಲವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಇದರ ತಾಳಿಕೆಯುಂಟಾಗದೆ ಕಾಮಾಲೆಯುಂಟು ಮಾಡಬಹುದಲ್ಲದೆ ರಕ್ತಕಣಗಳ ಸಿದ್ಧತೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸ ಬಹುದು. ಆದರೂ ಇದು ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಮೂಲ್ಯ ಸೇರಿಕೆಯಾಗಿದೆ.

ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದ್ವಿತೀಯ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಸ್ ಅಥವಾ ಥೈಯಸಿಟಸೋನ್‌ನ್ನು, ಉಳಿದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಈಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಥೈಯಸಿಟಸೋನ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿನ ಸಂಯೋಜನೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಕೆ

ಯಲ್ಲಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗವು ಒಮ್ಮೆ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ಒಂದನ್ನೇ ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಯೋಗ್ಯ ಫಲ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನವಾದುದಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಹಕಾರ ಅಗತ್ಯ. ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನಂತರ ರೋಗಿಯ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಸುಧಾರಣೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಬಿಡದೆ ಮುಂದುವರೆಸುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅನಾಸಕ್ತಿ ತೋರಿ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಅನೇಕರು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಬಿಡುವರು, ಇಲ್ಲವೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಬಂದಾಗ ಅವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವರು. ಈ ತೆರನಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ದೇಹದೊಳಹೊಕ್ಕ ಕ್ಷಯಾ ಣುಗಳು ಕ್ಷಯರೋಧಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಅಜೇಯತ್ವವನ್ನು ಪಡೆದು ಜೀವಕ್ಕೇ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುವವು; ಆಗ್ಗ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಒಳಪಡಿಸಲೂ ಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಈ ತೆರನಾದ ಅಸಡ್ಡೆಯನ್ನು ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸುತ್ತಾರಾದುದರಿಂದ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು (Intermittent) ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹೊಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ಪ್ರಯೋಗಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡಿದೆ. ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು, ದಿನವೂ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಷ್ಟೇ ಒಳ್ಳೆಯದೆಂದು ಮದ್ರಾಸಿನಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಪ್ರಯೋಗಗಳು ತೋರಿಸಿವೆ. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಐಸೋ ನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ೪೦೦ ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಸೇವಿಸ

ಬೇಕು. ಹಾಗೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅದರ ಅಂಶ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಪರಾಕಾಷ್ಠೆಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದು. ಅದರ ಅಂಶ ಸದಾಕಾಲ ದಲ್ಲಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿಲ್ಲ. ವಿಪುಲ ವಾಗಿ ಕೊಡಲ್ಪಟ್ಟ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಜೊತೆ ಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಊರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವುದು.

ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಅದು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ದಿನವೇ ದೇಹದ ಕಿಲೋಗ್ರಾಮ್ ತೂಕಕ್ಕೆ ೧೫ ಮಿಲಿ ಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು, ಅದೇ ರೀತಿ ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಕೊಡ ಬೇಕು, ಹಾಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ನರದುರಿತ ವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಪೆರಿಡಾಕ್ಸಿನ್‌ನ್ನು ಜೊತೆ ಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗುವುದು. ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ರೋಗಿ ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಸೂಜಿಮದ್ದನ್ನು ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳಲು ಬಂದಾಗಲೇ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾನೆ. ಇದರಿಂದ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಮರೆಯುವ ಸಂಭವ ವಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲ ದಿನವೂ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವ ವಿಧಾನದಂತೆಯೇ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಔಷಧಿಗಳು, ತೀವ್ರ ತೆರ ನಾದ ರೋಗದಿಂದ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ನಿತ್ರಾಣಗೊಂಡ ಮತ್ತು ನಂಜಿನ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಸುಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರುವ ಅಪೂರ್ವ ಗುಣವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಈ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗಭಕಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ

ಕೊಡಬೇಕು. ಇವುಗಳನ್ನು ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳು ಮಾತ್ರದ ಚಿಕ್ಕ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬಹುದು, ಇವುಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು, ಕ್ಷಯದ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಮೆದುಳ ಪರೆಯುರಿತದಲ್ಲಿ, ಎದೆ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ವಿಪುಲವಾಗಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ, ಹೃದಯ ಚೀಲ ದಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಧಕ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ದೇಹ ಒಗ್ಗದಿರದ (Sensitivity) ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೋಗಲಾಡಿಸ ಬಲ್ಲದು.

ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಪ್ರಥಮ ದರ್ಜೆಯ ಕ್ಷಯರೋಧಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಣಿಯದೆ ಸೆಟೆದು ನಿಂತಾಗ ದ್ವಿತೀಯ ದರ್ಜೆಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಔಷಧಿಗಳು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ವಿರುದ್ಧ ಪ್ರಬಲವಾಗಿ ಸೆಣಸಲಾರವು. ಅಲ್ಲದೆ ಅವು ದೇಹದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಲ್ಲವು. ಇವುಗಳನ್ನು ಸದಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯ ಕೆಳಗೆ ೩ ರಿಂದ ೬ ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಹಾಗೆ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ಮಣಿಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅದು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗುವುದು. ಅದಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲೂ ರೋಗಿಗೆ ದ್ವಿತೀಯ ದರ್ಜೆಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಈ ಔಷಧಿಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯ– ಜಿಡ್‌ನ್ನೂ ಸಹ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳು ಈ ಔಷಧಿಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬಹು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅದು ಉದ್ಭವ

ವಾದರೂ ಆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಎಲ್ಲೆಡೆ ತೋರಿ ಬರುವದಿಲ್ಲ.

ಪೈರಜಿನ್ ಏ ಮೈಡ್‌ನ್ನು ೧.೫ ರಿಂದ ೩.೦ ಗ್ರಾಮುನಷ್ಟು ಬಾಯಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಅದು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಡುವದು. ಇದು ಕಲಿಜದ (liver) ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹು ದಾದುದರಿಂದ ಅದರ ಕಾರ್ಯದತ್ತ ಗಮನ ಅಗತ್ಯ. ಕ್ಷಯಾಣು ಗಳು ಬೇಗನೇ ಇದರ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣೆಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದು ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ವೈಯಾಮೈಸಿನ್ ತುಂಬ ದುರ್ಬಲವಾದ ಕ್ಷಯ ರೋಧಕ. ವಾರಕ್ಕೆರಡು ಬಾರಿ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಔಷಧಿ ಯನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಸಲ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಇದು ಕಿವುಡುತನ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದು. ಕಾನಾಮೈಸಿನ್ ಸಹ ಅದೇ ತೆರ ನಾದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಾರದಲ್ಲಿ ಐದು ದಿನ ಚುಚ್ಚಬಹುದು. ಸೈಕ್ಲೋ-ಸೀರಿನ್ ಬಾಯಿಂದ ಸೇವಿಸಿದಾಗ ಅದರ ಹೀರಿಕೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಆಗು ವುದು. ಇದು ಪ್ರಬಲವಾದ ಕ್ಷಯರೋಧಕ, ಅದು ರೋಗಕಾರಕ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ದಾಟಿ ಹೋಗಬಲ್ಲದು. ದಿನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್ ನಷ್ಟು ಔಷಧಿ ಸೇವನೆ ಸಾಕು. ರೋಗಾಣುಗಳು ಇದರ ವಿರುದ್ಧ ನಿಲ್ಲಬಲ್ಲ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಇದು ನರ ದೌರ್ಬಲ್ಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿ ತಲೆಸುತ್ತುವಿಕೆ, ಮಾನಸಿಕ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಮೂರ್ಛೆರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲದು.

ಇಥೈಯೋನೇಮೈಡ್ ಸಹ ಕ್ಷಯಾಣುರೋಧಕ. ಇದನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನಷ್ಟು ಬಾಯಿಂದ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಅದು ಅನ್ನನಾಳದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ ಹಸಿವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ, ಕಾರಿಕೆ, ವಾಂತಿ, ಬಾಯಲ್ಲಿ ಅಹಿತಕರ ರುಚಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ಕಲಿಜದ ಮೇಲೆ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಲ್ಲದು. ಇದರ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಔಷಧಿ ಪ್ರೋಥೈಯೋನೇಮೈಡ್ ಅನ್ನನಾಳದ ಮೇಲೆ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾಪ್ರಿಯೋಮೈಸಿನ್‌ನ್ನು ಒಂದು ಗ್ರಾಮ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚಬಹುದು. ಅದು ಕಿವುಡುತನ, ತಲೆಸುತ್ತುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಜನಕಾಂಗದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಥಾಂಬುಟಾಲ್ ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಈ ದ್ವಿತೀಯ ದರ್ಜೆ ಕ್ಷಯರೋಧಕಗಳು ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಅನೇಕ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಇವುಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸಿ ಔಷಧಿಯಾಗಿ ಕೊಡುವಾಗ ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಬಾರದು. ಇವು ದೀರ್ಘಕಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಮುನ್ನ ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ಥಾನವಿದ್ದಿತು. ರೋಗಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಶುಶ್ರೂಷಾಗೃಹದಲ್ಲಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ, ರೋಗಪೀಡಿತ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಶ್ವಾಸೋಛ್ವಾಸಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸದಂತೆ ಮಾಡಲು

ಈ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಪುಪ್ಪಸ ಕುಸಿದು ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಎದೆ ಚೀಲದಲ್ಲಿ (pleura) ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ, ಅದರ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡಿ, ಅದರಡಿಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಷ್ಟ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಸಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಈ ರೀತಿ ಕೃತಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಎದೆ ಚೀಲದಲ್ಲಿ (artificial Pneumothorax) ಪದೇ ಪದೇ ಸೇರಿಸಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕುಗ್ಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಅದರಲ್ಲಿದ್ದ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರೆತು ಗುಣಹೊಂದಲು ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯುತ್ತಿದ್ದಿತು. ಈ ಕ್ರಮ ಭೀತಿದಾಯಕವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಗಾಳಿ ರಕ್ತ ನಾಳದಲ್ಲಿ ಸೇರುವಿಕೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ತೂತು ಬೀಳುವಿಕೆ, ಎದೆ ಚೀಲದೊಳಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣುಗಳ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಮೇಯವಿದ್ದಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪಸದಲ್ಲಿ ಟೊಳ್ಳುಗಳು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಕೊಂಡರೆ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶವು ಶೀಘ್ರ ಗುಣಮುಖವಾಗಬಲ್ಲದುದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕುಸಿದು ಹೋದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಸಂಚಾರ ಇರುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಆತಂಕ ಬರುತ್ತದೆ.

ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ದೊರಕಿಸಿ ಕೊಡುವ ಇನ್ನಿತರ ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿವೆ. ವಪೆ (diaphragm)ಯ ನರವನ್ನು ಜಜ್ಜಿ ಹಾಕುವುದರಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಕತ್ತರಿಸುವುದರಿಂದ ಅದರ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕುಂದಿಸಿ, ವಪೆಯು ಉಸಿರಾಟಕ್ರಮದಲ್ಲಿ

ಹಿಗ್ಗದಂತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದಲೂ ರೋಗಿಷ್ಟ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಚೀಲ (Peritoneum) ದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿ ವಪೆಯು ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಮೇಲಕ್ಕೇರುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯುನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲ (pleura) ದ ಹೊರ ಪೊರೆಯ ಹೊರಗೆ ಗಾಳಿ ಸೇರಿಸಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಕೊಡುವ ವಿಧಾನವೂ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿತ್ತು. ಇಂದು ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಧಾನವೂ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯುನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿವೆ.

ಪುಪ್ಪುಸ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಪದೇಪದೇ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದ ಮೇಲೂ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಟೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಎದೆ ಗೂಡಿನ ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿ ಎದೆ ಗೂಡ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ಕಿರಿದು (Thoracoplasty) ಮಾಡಿ ಅದಕ್ಕೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ನೀಡಿ ಟೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚುವಿಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ವಿಧಾನಗಳೂ ಇವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉಲ್ಬಣ ಗೊಂಡ ರೋಗದ ಫಲವಾಗಿ ಟೊಳ್ಳು ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗದೇ ಉಳಿದರೆ, ಶ್ವಾಸನಾಳಗಳು ಮುಚ್ಚಿ ಹೋದರೆ, ಕ್ಷಯಗಂಟು ಮಣಿಯಂದೆ ಉಳಿದರೆ – ಆ ರೋಗಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ (lobectomy) ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದು.

೧೦. ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳು

ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಹರಡಲು ಮೂಲಕಾರಣರು. ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ತರುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುವವರನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ, ಅವರನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಉಚ್ಚಾಟನೆ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದು ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಮೊದಲ ಕಾರ್ಯ. ಇದೇ ಕಾರಣದಿಂದಲೇ ಕ್ಷಯ ರೋಗಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ರೋಗ ನಿದಾನ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಗೃಹಗಳು ಸ್ಥಾಪಿತವಾಗಿರುವುದು.

ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಎಲ್ಲರೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಗೃಹವನ್ನು ಸೇರಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಬಹು ಪಾಲು ಮಂದಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲರೊಡನೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರುವ ರೋಗಿ ತಾನು ಕೆಮ್ಮಿ ಹೊರತರುವ ಕಫದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕಫವನ್ನು ಸಿಕ್ಕೆಡೆ ಉಗಿಯದೆ ಒಂದು ಡಬ್ಬದಲ್ಲಿ ಉಗಿಯುವುದರಿಂದ ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ತಡೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಡಬ್ಬದಲ್ಲಿರುವ ಕಫವನ್ನು ಹೊರಕ್ಕೆಸೆಯುವ ಮುನ್ನ ಅದನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಾಯಿಸಬೇಕು. ಶಾಖಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣುಗಳು ನಾಶಗೊಳ್ಳುವುವು.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಇರುವಿಕೆಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಮೂಹಿಕ ಕಿರಿದಾದ ಎದೆ ಚಿತ್ರ (mass miniature X-ray)ಗಳನ್ನು ಕೆಮ್ಮಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವವರಲ್ಲಿ ತೆಗೆದು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಉಂಟಾದ ಶಂಕೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆ ತೋರಿ ಬಂದರೆ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ಕಳೆದು ಹೋದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ವಿಧಾನ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಸಾಧನವಾಗಿದೆ.

ಇಂದು ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಯು ಮನೆಯನ್ನು ತೊರೆದು ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಇರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಗೃಹಗಳನ್ನು ಸೇರುವ ಭೀತಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಗೃಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿರುವ ಈ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿರುವವರು, ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿರುವವರು, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯ ಇರುವವರು ಅಂತಹ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸೇರಬೇಕು.

ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಬಹುದಾದ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಹುಟ್ಟಿದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಈ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಚುಚ್ಚಿಸಿದಾಗ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಿತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಷಯದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ತೋರಿಬಂದು, ರೋಗದ ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಕ್ಷಯದ ವಿರುದ್ಧ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ

ರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು
ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡವರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗವು ಬೆಳೆಯುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯಾಣುವಿನ ಸಂಪರ್ಕ ವಿಪುಲವಾಗಿ
ರುವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಚುಚ್ಚು ಲಸಿಕೆ ತುಂಬಾ ಉಪ
ರೋಗಕಾರಿ. ಟ್ಯುಬರ್‌ಕ್ಯುಲೀನ್ ಚರ್ಮಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ
negative) ಉತ್ತರ ಕೊಡುವವರೆಲ್ಲ ಈ ಚುಚ್ಚು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು
ಹಾಕಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಟ್ಯುಬರ್‌ಕ್ಯುಲೀನ್
ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಮಾಡಿದರೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ ಬೆಳೆ
ದಿರುವುದು ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಕಾಮೆಟ್ ಮತ್ತು ಗ್ಯುಯೆರಿನ್
ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ದನಕ್ಷಯಾಣು ತಳಿಯಿಂದ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಈ ಲಸಿಕೆ
ಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯಾಣುಗಳು ರೋಗೋತ್ಪಾದನೆಯ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದು
ಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಮುಕ್ಕಾಲು ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಚುಚ್ಚಿ
ದಾಗ ಈ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆ; ಅದರಿಂದ
ಮುಂದೆ ಬರುವ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಭೀತಿ ಕಳೆದು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮ
ದೊಳಕ್ಕೆ ಲಸಿಕೆ ಸೇರಿಸಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ವಚಿತವಾಗಿ ಗಂಟು ಇಲ್ಲವೆ
ಹುಣ್ಣು ತೋರಿಬರುವುದು.

ರಸಾಯನ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್
ಪ್ರಬಲವಾದುದು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಬರಬಹುದೆನ್ನುವ ಭೀತಿ
ತಲೆದೋರಿದ್ದರೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅದರ ದೈಹಿಕ ಶಕ್ತಿ ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ
ಕುಂದಿ ಹೋಗಿದ್ದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು ಕೊಡ
ಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ರೋಗದ ಆದಿಯ ಮೊದಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು
ಕೊಂಡಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯರೋಗ ಹೊಂದಿದ ತಾಯಂದಿರಿಂದ

ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗುವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅಲ್ಲಿ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಚುಚ್ಚು ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗದಿದ್ದರೆ, ಆಗಲೂ ಐಸೋನಿಯಜಿಡ್‌ನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಜೀವನಮಟ್ಟ, ಆಹಾರ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಆಹಾರ ಸಮತೋಲನದ್ದಾಗಿದ್ದರೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಶಕ್ತಿ ಬಂದು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಚಾಲನೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಜೀವನಮಟ್ಟ ಕೆಳಗಿಳಿದಂತೆ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಆಗಮನವೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ನ್ಯೂನ ಆಹಾರ ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪೋಷಕವಾಗುತ್ತದೆ.



ಉಪನ್ಯಾಸ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆಯ ಪುಸ್ತಕೆಗಳು

ಬೆಲೆ : ಪ್ರತಿ ಒಂದಕ್ಕೆ ೨೫ ಪೈಸೆ

೧. ಭವಭೂತಿ (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಕೆ. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೨. ಮನೋರೋಗಗಳು (ತೃ. ಮು.) —ಎನ್. ಆರ್. ಕುಲಕರ್ಣಿ
೩. ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ
ಹಾಗೂ ಒಕ್ಕಲುತನ —ಎನ್. ಪಿ. ಪಾಟೀಲ
೪. ಗಾದೆಗಳು (ಚ. ಮು.) —ಎ. ಕೆ. ರಾಮಾನುಜನ್
. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜಾತಿಪದ್ಧತಿ (ದ್ವಿ. ಮು.)
--ವಿಕ್ಟರ ಎಸ್. ಡಿಸೋಜಾ
. ಕೀಟಕ ಪಿಡುಗುಗಳ ಸಮೀಕ್ಷಣೆ (ದ್ವಿ. ಮು.)
—ಎಸ್. ಎಸ್. ಕಟಗಿಹಳ್ಳಿಮಠ
. ರಾಜಕೀಯ ಪಕ್ಷಗಳು (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಎನ್. ರಾಜಗೋಪಾಲರಾವ
. ಸ್ವಾದಿ ಅರಸುಮನೆತನ (ತೃ.ಮು.) —ಸ. ಸ. ಮಾಳವಾಡ
. ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ (ತೃ. ಮು.) —ಡಿ. ಎಸ್. ಕರ್ಕಿ
. ಮೂಢ ನಂಬಿಕೆಗಳು (,,) —ಎಲ್. ಆರ್. ಹೆಗಡೆ
. ಸಂಸ್ಕೃತ ಕವಯಿತ್ರಿಯರು (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಕೆ. ಟಿ. ಪಾಂಡುರಂಗಿ
. ನಿತ್ಯಜೀವನದಲ್ಲಿ ರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ (ತೃ.ಮು.) –ಬಿ. ವಿರೂಪಾಕ್ಷಪ್ಪ
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಡಳಿತ (ತೃ. ಮು.) —ಜಿ. ಎಸ್. ಹಾಲಪ್ಪ
ವಿಚಾರವಾದ (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಗೌರೀಶ ಕಾಯ್ಕಿಣಿ
. ಮಹಾಕವಿ ಮಿಲ್ಟನ್ (,,) —ಜಿ. ಎಸ್. ಆಮೂರ

೧೬. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಾಲಯ ಪ್ರಸಾರ
(ದ್ವಿ. ಮು.)—ಕೆ. ಎಸ್. ದೇಶಪಾಂ
೧೭. ಭಾರತೀಯ ನಾಗರಿಕತೆಗೆ ಮನುವಿನ ಕೊಡುಗೆ
(ದ್ವಿ. ಮು.) —ಬಿ. ಎಚ್. ಶ್ರೀಧ
೧೮. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಆಹಾರ ಸಮಸ್ಯೆ
—ಟಿ. ಎಂ. ಉಮಾಕಾಂತಶಾಸ್ತ್ರಿ
೧೯. ಸೌರವ್ಯೂಹ (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಸಿ. ಎನ್. ಶ್ರೀನಿವಾಸ ಅಯ್ಯಂಗಾ
೨೦. ಪ್ರಾಚೀನ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜನಜೀವನ
(ದ್ವಿ.ಮು.)—ಸಿ. ವ್ಹಿ. ರಂಗಸ್ವಾಮಿ
೨೧. ಸಮಾಜಕಾರ್ಯ (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಎಚ್. ಎಂ. ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ
೨೨. ಸಂಸತ್ತಿನ ಕಾರ್ಯಪದ್ಧತಿ (,,) —ಎ. ಎಂ. ರಾಜಶೇಖರಯ
೨೩. ಕನ್ನಡ ನಾಡಿನ ಶಾಸನಗಳು (,,) —ಪಿ.ಬಿ. ದೇಸಾಯಿ
೨೪. ಕವೀಂದ್ರ ರವೀಂದ್ರರು(ದ್ವಿ. ಆ.) —ಸ. ಸ. ಮಾಳವಾ
೨೫. ನಾಗಾನಂದ (,,) —ಎಚ್. ಪಿ. ಮಲ್ಲೇದೇವರ
೨೬. ಜೀವನದಲ್ಲಿ ನಗೆ (,,) —ಎಂ. ಎಸ್. ಸುಂಕಾಪು
೨೭. ಬಸವಣ್ಣನವರ ಯೋಜನೆಗಳು (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಬಿ. ಸಿ. ಜವ
೨೮. ೧೮೫೭ರ ಕ್ರಾಂತಿ (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಸಿ. ವೀರಬಸಪ್ಪ
೨೯. ಕನ್ನಡ ಕಥಾಸೃಷ್ಟಿ (ದ್ವಿ. ಮು.) — ಬಿ. ಬಿ. ಮಹೀಶವಾ
೩೦. ಸಂಸ್ಕೃತ ಸಾಹಿತ್ಯದಲ್ಲಿ ಶೃಂಗಾರರಸ(ದ್ವಿ.ಮು)- ಕೆ.ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೩೧. ನೀರಾವರಿ ಬೇಸಾಯ (ದ್ವಿ.ಮು.) — ಎಸ್. ಎ. ಹೊಸಮ
೩೨. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ,, —ಎನ್. ರಾಜಗೋಪಾಲರಾವ
೩೩. ಕನ್ನಡ ಕಾವ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಾತಾರ್ಜುನ ಪ್ರಸಂಗ
(ದ್ವಿ. ಮು.)—ದೇವೇಂದ್ರಕುಮಾರ ಹಕಾ
೩೪. ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ಪುರಂದರದಾಸರು ನೀಡಿದ ಕೊಡುಗೆ
(ದ್ವಿ. ಮು)—ಜಿ. ಡಿ. ನಾಡಕಣಿ

೩೫. ಫ್ಯಾಶನ್ನುಗಳು (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಕೆ. ಡಿ. ತಂಗೋಡ

೩೬. ಮಹಾಕವಿ ರಾಘವಾಂಕನ ಪಾತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತತ್ವನಿಷ್ಠೆ (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಬಿ.ವ್ಹಿ.ಮಲ್ಲಾಪುರ

೩೭. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರದ ಪಾತ್ರ (ದ್ವಿ.ಮುಂ.)—ಎಸ್. ಜಿ. ಕರಭಂಟನಾಳ

೩೮. ಕನ್ನಡ ಜೈನ ಪುರಾಣಗಳು (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಸದಾನಂದ ನಾಯಕ

೩೯. ಕನ್ನಡ ನಾಟ್ಯಸೃಷ್ಟಿ (ದ್ವಿ. ಮುಂ.) —ಎಚ್. ಜಿ. ಲೋಕೂರ

೪೦. ಹರಿಹರನು ಚಿತ್ರಿಸಿದ ಶಿವಶರಣೆಯರು(ದ್ವಿ.ಮುಂ.)—ಬಿ. ಬಿ. ಹೆಂಡಿ

೪೧. ನೀವು ಬಯಸುವ ಮಗು ಗಂಡೊ ? ಹೆಣ್ಣೊ ? (ದ್ವಿ. ಮು.)—ಕೆ. ಆರ್. ರಾಮಸ್ವಾಮಿ

೪೨. ಆಂಡಯ್ಯ —ಬಿ. ಎಸ್. ಕುಲಕರ್ಣಿ

೪೩. ಬೆಳವಲನಾಡಿನ ಬೆಳೆಗಳು —ಎಸ್. ಎ. ಹೊಸಮನಿ

೪೪. ಜಾನಪದ ಕಥೆಗಳು (ದ್ವಿ. ಮು.) —ಎಲ್. ಆರ್. ಹೆಗಡೆ

೪೫. ಸುಧಾರಿಸಿದ ಬೇಸಾಯ —ಎ. ಸಿ. ಕಲ್ಯಾಣಮಠ

೪೬. ಕನ್ನಡ ನಾಡಿನ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಮಹಾಪುರುಷರು (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಬಿ. ಆರ್. ಗೋಪಾಲ

೪೭. ಗ್ರಂಥಾಲಯದ ಅಂತರಂಗ(ದ್ವಿ.ಮು.)—ವಿಸ್. ಆರ್. ಗುಂಜಾಳ

೪೮. ಸ್ತ್ರೀ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ (ದ್ವಿ. ಮುಂ.) —ವನಮಾಲಾ ಆಚಾರ್

೪೯. ಜಾಗತಿಕ ಸರಕಾರ —ಸಿ. ವೀರಬಸಣ್ಣ

೫೦. ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆ —ಎಚ್. ಎಂ. ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ್ಯ

೫೧. ಅಶೋಕನ ಧರ್ಮಶಾಸನಗಳು —ಎಸ್. ಎಚ್. ರಿತ್ತಿ

೫೨. ಪ್ರಾಚೀನ ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯ ಪದ್ಧತಿ (ದ್ವಿ.ಮು)– ಸಿ.ವ್ಹಿ. ರಂಗಸ್ವಾಮಿ

೫೩. ಅಕ್ಕಮಹಾದೇವಿ ಮತ್ತು ಮೀರಾಬಾಯಿ — ಎಸ್.ಎಸ್.ಕಬ್ಬಿನ

೫೪. ಕನ್ನಡ ಕಾವ್ಯದಲ್ಲಿ ವೀರರಸ ನಿರೂಪಣೆ— ಬಿ. ಬಿ. ಮಹೀಶವಾಡಿ

೫೫. ಹರಿಹರ ಮಹಾಕವಿಯ ಕೆಲವು
ಮಹೋನ್ನತ ವಿಚಾರಗಳು —ಬಿ.

೫೬. ಭಾರತ ರಾಜ್ಯಘಟನೆ (ದ್ವಿ. ಮು) —ಎಂ. ಎಸ್.

೫೭. ಪಂಚಾಯತಿ ರಾಜ್ಯ —ಎಸ್. ಜಿ. ಕರಭ
ಮತ್ತು ಕೆ. ಡಿ.

೫೮. ವಿಷಮಜ್ವರ (ದ್ವಿ.ಮು.) —ಪಿ. ಎಸ್.

೫೯. ಪುಸ್ತಕ ಭಾಂಡಾರ ಕಾಯದೆ —ಜಿ. ಎಂ.

೬೦. ಸರ್ ಐಸಾಕ ನ್ಯೂಟನ್ —ಆರ್. ವ್ಹಿ. ಅ

೬೧. ಗ್ರಾಮಾಭ್ಯುದಯದ ಯೋಜನಾಂಗಗಳು —ಟಿ. ಕೆ.

೬೨. ಹರಿಜನರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಪರಿಹಾರ
—ಎನ್.ಕೆ. ಕಡೆತ

೬೩. ರಾಸಾಯನಿಕ ಕಿಣ್ವಗಳು —ಎಂ. ಎಸ್. ಎಸ್.

೬೪. ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವದ ಮೂಲ ತತ್ವಗಳು —ಕೆ. ಬಿ.

೬೫ ಹೃದಯಾಘಾತ —ಪಿ. ಎಸ್.

೬೬. ಆಭರಣಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ದೃಷ್ಟಿ ಕೋನ— ಡಿ. ಎ.

೬೭. ಶ್ರೀ ರಾಮಾಯಣ ದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಕುವೆಂಪು
ಸೃಜಿಸಿದ ಮೂರು ಪಾತ್ರಗಳು —ಎಂ. ಜಿ. ಬಿರ

೬೮. ಯೋಜನೆಗಳೇಕೆ ಬೇಕು ? —ಎಸ್. ಎಸ್. ಯ

೬೯. ಸಗರ ನಾಡಿನ ಶಿವಶರಣರು —ವ್ಹಿ. ಶಿವಾ

೭೦. ವಿಜ್ಞಾನದ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಸೃಷ್ಟಿ —ಆರ್. ಎಸ್. ಭೂಸನೂರ

೭೧. ವಿಜಯನಗರದ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಯುದ್ಧ —ಎಸ್. ಬಿ. ಕೆ

೭೨. ಬಸವಣ್ಣನವರನ್ನು ಕುರಿತ ಶಾಸನಗಳು —ಎಂ. ಎಂ. ಕಲ

೭೩. ಆಧುನಿಕ ಭಾಷಾ ವಿಜ್ಞಾನ —ಜಿ. ಎಸ್.

೭೪. ಪುರಾಣ ಜಿಜ್ಞಾಸೆ —ಎಲ್. ಆರ್.

. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಪ್ರಯೋಗ —ವ್ಹಿ. ಎಸ್. ಕುಲಕರ್ಣಿ

. ಹರಿಹರನ ಗಿರಿಜಾ ಕಲ್ಯಾಣ —ಬಿ. ವ್ಹಿ. ಶಿರೂರ

. ಕನ್ನಡ-ನುಡಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ —ಎಚ್. ಜಿ. ಲೋಕೂರ

. ಅಧಿಕ ಉತ್ಪಾದನೆಗಾಗಿ ಮಿಶ್ರತಳಿ ಬೆಳೆಗಳು —ಎ. ಸಿ. ಕಲ್ಯಾಣಿಮಠ

. ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹುಣ್ಣು —ಪಿ. ಎಸ್. ಶಂಕರ

. ಸಂಯೋಜಕ ಶಕ್ತಿ —ಬಿ. ಜಿ. ಜ್ಯೋತಿ

೧. ಸಂಸದೀಯ ಸರಕಾರ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪುವುದೆ ? —ವಸಂತ ಪಾಟೀಲ

೨. ನಮ್ಮ ರೈತರೇಕೆ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ ? —ಎಂ. ಸಿ. ಕೊಡ್ಲಿ

೩. ನಗೆಗಾರ ನಯಸೇನ —ಎಂ. ಎಸ್. ಸುಂಕಾಪುರ

೪. ಶೂನ್ಯಸಂಪಾದನೆ —ವ್ಹಿ. ಎಸ್. ಕಂಬಿ

೫. ಮಹಮೂದ ಗವಾನ —ಎಲ್. ಆರ್. ಕುಲಕರಣಿ

. ಕೆಳದಿ ನಾಯಕರು —ಜಿ. ಎಸ್. ದೀಕ್ಷಿತ

. ಮುಳುಗುಂದ ನಾಡು —ಎಸ್. ಎಚ್. ರಿತ್ತಿ